

居宅サービス計画等作成依頼を終了する場合は、
介護保険被保険者証（ピンク色）を
添付してください。



施設入所兼居宅サービス計画等作成依頼終了 届出書

| | | | | | |
|--------|----------|----------------|----------|---|---|
| 被保険者番号 | | | | | |
| フリガナ | | | | | |
| 被保険者氏名 | 生年 月日 | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 住 所 | 〒 - | | 電話番号 () | | |

| | | | | | |
|--|-----|-------|----------|--|--|
| 施設サービス 計画の作成を 依頼する施設 の所在地・施 設名 (入所する施設) | 〒 - | 事業者番号 | | | |
| | | | 電話番号 () | | |

| | | |
|-------|--|--|
| 入所年月日 | 令和 年 月 日 | 被保険者証への居宅介護支援事業者等の 印字の有無 |
| | ※従前、居宅介護サービス計画等の作成依頼を している場合は、入所年月日をもって終了と なります。 | <input type="checkbox"/> 印字あり → 被保険者証の添付が必要 <input type="checkbox"/> 印字なし |

神戸市長 宛

上記の施設に入所し、施設サービス計画の作成を依頼することを届出します。
また、従前に居宅介護サービス計画等の作成を依頼している場合は、契約を
終了したことを届出します。

令和 年 月 日

被保険者 氏 名

上記について被保険者の委任に基づいて届出をする場合の届出人

| | | | | | |
|---|-------------------------|----------|--|--|--|
| 届出人の 住所・氏名 (事業者の所在地・ 事業者名・担当者) | *届出人が本人以外の場合に記入してください。 | | | | |
| | 住 所 | | | | |
| | 氏 名 | 電話番号 () | | | |
| | 被保険者との関係 家族・事業者・その他 () | | | | |

開始の場合： この届出書は、施設入所の契約をした時に、速やかに提出してください。従前に、居宅介護サービス計画作成依頼届出書等を提出している場合は、被保険者証に事業者名等の印字があります。この届出をもって居宅介護サービス計画等の作成依頼は終了となりますので、介護保険被保険者証も添付してください。

提出方法： 必要書類を添付して、神戸市介護保険課認定事務センターへ郵送してください。

注意： 施設を退所し、居宅サービス計画等の作成を新たに事業者に依頼する時は、必ず居宅サービス計画依頼届出書等を提出してください。届出のない場合、サービスにかかる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。(地域密着型介護老人福祉施設の場合は、地域密着型施設サービス計画に読み替えます。)

| | | | | | |
|--------|------------|--|----------|----|----|
| 神戸市記入欄 | センター 受付 | | 入力 担当 | 居宅 | 施設 |
|--------|------------|--|----------|----|----|