

介護保険被保険者証（ピンク色）を添付してください。

### 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 ( )						

居宅サービス計画等の作成を依頼していた事業者の所在地・事業者名	〒 -					事業者番号						
	電話番号 ( )											

居宅サービス計画等の作成を終了する事由	1 介護保険施設等へ入所・入院するため 2 居宅（予防）サービスの利用に係る計画を自ら作成するため 3 その他 ( )							終了年月日 令和 年 月 日				
---------------------	---	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--

神戸市長 宛

上記事業者との居宅サービス計画等の作成依頼の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 印  
(本人自署の場合は、押印不要です。)

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					電話番号 ( )					
	氏 名					被保険者との関係 家族・事業者・その他 ( )					

**注意 1：** この届出書は、事業者との居宅介護サービス計画等の作成依頼の契約を終了した時に、速やかに神戸市介護保険課認定事務センターへ郵送するか、各区役所・支所のあんしんすこやか係に提出してください。

**注意 2：** 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神戸市介護保険課認定事務センターへ郵送するか、各区役所・支所のあんしんすこやか係に提出してください。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。

神戸市記入欄	区窓口受付	センター受付	入力担当
--------	-------	--------	------