

介護保険被保険者証（ピンク色）を添付してください。



### 居宅サービス計画作成依頼届出書

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		( )					

居宅サービス計画作成を依頼する事業者の所在地・事業者名	〒		-		事業者番号						
					電話番号		( )				

開始(変更)年月日	令和		年	月	日	※上記の居宅介護支援事業者から居宅介護支援を受け始める日					
-----------	----	--	---	---	---	------------------------------	--	--	--	--	--

神戸市長 宛

上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。

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 ( )									

**開始の場合：** この届出書は、要介護認定の申請時に、または居宅サービス計画作成を依頼する事業者が決まりしだい速やかに、開始年月日を記入のうえ、提出してください。既に提出済みの場合は、必要ありません。

**変更の場合：** 居宅サービス計画作成を依頼する事業者を変更するとき、および事業者の事業所番号が変更になったときは、変更年月日を記入のうえ、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。

**提出方法：** 介護保険被保険者証を添付して、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・支所のおんしんすこやか係に提出してください。

**注意：** 小規模多機能型居宅介護（介護予防を含む）及び複合型サービスについては、届出書の様式が異なりますので、神戸市介護保険課認定事務センター（電話：078-232-4860）にご相談ください。

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