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　　年　　月　　日 昭和
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	〒　　－ 電話番号　　（　　）	事業者番号	
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

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	