

施設退所届出書

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していた施設の所在地・施設名 (退所する施設)	〒 -					事業者番号					
											電話番号 ( )
退所年月日	令和 年 月 日										

神戸市長 宛

上記の被保険者が当該施設を退所したことを届出します。

令和 年 月 日

住所 電話番号 ( )

名称

代表者又は管理者の  
役職名・氏名

注意：この届出書は、施設との契約を終了した（施設を退所した）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してください。  
（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。）

〈在宅サービスをご利用される場合の注意点〉  
被保険者が居宅サービス計画等の作成を新たに事業者へ依頼する時は、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する必要があります。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	センター受付	入力担当
--------	--------	------