

## 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・支所の保健福祉課 保健事業・高齢福祉担当窓口へ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	
--------	------------	--	----------	--