

介護保険被保険者証（ピンク色）
添付してください。

記入例

居宅

居宅サービス計画作成依頼届出書

被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	コウベ ハナコ
被保険者氏名	神戸 花子
生年月日	明治 大正 12年 3月 4日 昭和
住所	〒 650 - 0001 神戸市中央区加納町×丁目×番×号
電話番号	078 (321) 0000

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	〒 651 - 0096	事業者番号	2 8 1 0 9 8 7 6 5 4
神戸市中央区雲井通×丁目×番×号		居宅介護支援事業所○×△	
		電話番号 078 (333) 0000	

開始（変更） 年月日	令和 3年 4月 1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 3年 3月 15日

被保険者 氏名 神戸 花子

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

*届出人が本人以外の場合に記入してください。

届出人の 住所・氏名 (事業者の所在地・ 事業者名・担当者)	住所 神戸市中央区雲井通×丁目×番×号	電話番号 078 (333) 0000
	氏名 居宅介護支援事業所○×△	
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）及び看護小規模多機能型居宅介護については、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
--------	-------	--------	------