居宅サービス計画等作成依頼を終了する場合は、
介護保険被保険者証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		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
被保険者氏名			
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	

浜田地区広域行政組合管理者　様

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け出ます。

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 （事業所の所在地・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、速やかに浜田地区広域行政組合介護保険課もしくは浜田市又は江津市の介護保険担当課へ提出してください。

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浜田地区広域行政組合介護保険課もしくは浜田市又は江津市の介護保険担当課へ提出してください。届出のない場合は、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。