

# 介護保険要介護(要支援)認定申請取下げ書

筑西市長様

次のとおり要介護(要支援)認定申請を取下げします。

被保険者番号																取下げ年月日	平成	年	月	日
被 保 険 者	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	氏名												性別	男・女						
	住所	〒 - 電話番号 ( ) -																		
	申請年月日	平成	年	月	日															
	取下げ理由 (該当に○)	1 入院により申請を取下げ 2 転出により申請を取下げ 3 死亡により申請を取下げ 4 介護保険利用意向なしにより申請を取下げ 5 その他 ( )																		
申 請 者	氏名	<small>※居宅介護支援事業者又は介護保険施設の場合、押印してください</small> 被保険者本人との関係 ㊞																		
	住所	〒 - 電話番号 ( ) -																		

※市記入欄

被保険者証の返付	返付済 ( / )	※未の場合
認定調査状況	実施済 ( / ) ・ 未実施	<input type="checkbox"/> 調査日程の取消
意見書入手状況	入手済 ( / ) ・ 未入手	<input type="checkbox"/> 申請書写しの破棄
取下げ入力	入力済 ( / )	<input type="checkbox"/> 意見書を依頼済か確認
サービス利用の有無		<input type="checkbox"/> 主治医への連絡確認