

介護保険 認定申請取り下げ申請書

大分市長 殿

受付	備考

次のとおり、 年 月 日 申請の要介護等認定申請の取り下げを申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	取 下 げ	令和 年 月 日
	フリガナ			申 請 年 月 日
	氏 名			生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日
				性 別 男 ・ 女
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			電話番号 ()

取り下げ理由

申請者氏名 (提出代行者)	本人との関係
申請者住所 (事業所所在地)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
()	

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

* 代行業者が提出の場合は事業者名(担当ケアマネの氏名)

確 認 欄 (記入しないで下さい)	申請区分	調査票作成
	<input type="checkbox"/> 新規 … サービス利用(有 ・ 無)	(未 ・ 済)
	<input type="checkbox"/> 更新 … 前回認定有効期間満了日: 年 月 日	意見書作成
	<input type="checkbox"/> 変更 … 前回認定有効期間満了日: 年 月 日	(未 ・ 済)