

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下書

揖斐広域連合長 様

次のとおり申請を取下げします。

	取下半年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	印	本人との関係
提出代行者 名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設） 印	
申請者住所	〒 ー 電話番号 ()	

被保険者番号							
フリガナ							
被保険者氏名	印	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳	性別	男・女		
住民票上の住所 (証の住所)	〒 ー 電話番号 ()						
申請の種類	新規申請 更新申請 変更申請 その他()						
申請の年月日	平成 年 月 日						
取下理由	① 死亡 ② 医療機関へ入院 ③ その他 ()						

広域記入欄 申請どおり取下処理してよろしいか

意見書作成依頼先		処理状況	<input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成 年 月 日 連絡済		
訪問調査依頼先		処理状況	<input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成 年 月 日 連絡済		
備考	課長	課長補佐	係長	担当	

受付担当者		受付日	
入力担当者		入力日	

被保険者証 返送	有	担当者	
	無	返送日	