

介護保険要介護認定等申請取下げ書

あて先)備前市長

令和 年 月 日に下記様式の提出によって申請した事項を取り下げます。

申請者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 (電話番号)		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者の住所について記載する必要はありません。

被保険者	番号	0	0	0	0					
	フリガナ									
	氏名									
	住所	〒 (電話番号)								
提出した様式		<input type="checkbox"/> 介護保険要介護認定・要支援認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()								
取下げ理由		<input type="checkbox"/> 介護サービス利用予定がないため <input type="checkbox"/> 資格喪失(市外転出・死亡等)のため <input type="checkbox"/> その他 ()								

以下は記入しないでください

主治医意見書	<input type="checkbox"/> 無(/)取下げ連絡 <input type="checkbox"/> 有	申請日以後のサービス受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
認定調査票	<input type="checkbox"/> 無(/)取下げ連絡 <input type="checkbox"/> 有		
被保険者証	(/)送付	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"> 受付印 </div>	