

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下書

令和 ○年 ○月 ○日

東大和市長殿

令和 ○年 ○月 ○日に行った要介護認定・要支援認定の申請について、下記のとおり取り下げます。

記

要介護認定の申請日を記入してください。

※記入がない場合でも受付いたします。

被 保 険 者	フリガナ	ヒガシヤマト ハナコ	被保険者番号	123456
	氏名	東大和 花子	生年月日	明・大(昭) 2年 1月 1日
	住所	東大和市中央3-930 TEL 042 (563)2111		

本人の氏名、フリガナ、被保険者番号、生年月日、住所、電話番号を記入してください。

※被保険者番号は記入がない場合でも受付いたします。

※本人・家族等が申請する場合

申 請 者	氏名	東大和 太郎	被保険者との関係	長男
	住所	東大和市中央4-5-6 TEL 042 (XXXX)XXXX		

申請者の氏名、本人との関係性、住所、電話番号を記入してください。

※事業者による代行申請の場合のみ記入(本人や家族が申請する場合は、記入不要)

提出代行者 名称 所在地・電話番号	
-------------------------	--

申請者が事業者の場合はこちらに事業所名、所在地、電話番号を記入してください。

取り下げ日	令和 △ 年 △ 月 △ 日
-------	----------------

取り下げする日を記入してください。

取り下げ理由	介護保険サービスを利用する必要がなくなったため
--------	-------------------------

取り下げする理由を簡単に記入してください。

本人の氏名を記入してください。

※代筆でも構いません。

本人氏名 東大和 花子