

# 取下

## 介護保険認定申請取下申請書

宍粟市長様  
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
取り下げ申請者	フリガナ 氏名		本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 相続人代表者 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	住所	〒		— <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		
		電話番号	— —			

被保険者	被保険者番号	0 0 0			
	フリガナ 氏名		生年月日		
	住所	〒			

取り下げ理由	1. 入院      3. その他 ( ) 2. 転出
--------	--------------------------------

認定申請者	フリガナ 氏名		本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 相続人代表者 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	住所	〒		— <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	
	提出代行者	該当に○ (居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・社会保険労務士)		電話番号	— —
		電話番号	— —		

※取り下げ申請者が認定申請者と同じ場合は「同上」で結構です

### 【市確認欄】

取り下げ申請者	委任確認	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 資格者証 <input type="checkbox"/> 同一住民票内 <input type="checkbox"/> 相続人代表者	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 ( ) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 健康保険証 ( 後期 ・ 国保 ・ 社保 ) <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------	------	--	------	--

主治医意見書作成中止連絡済 ( )  
認定調査中止連絡済 ( )

課長	副課長	係長	係員	担当

