

取下

介護保険認定申請取下申請書

安 栗 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	☐ 本人 ☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 相続人代表者 ☐ その他 ()	
	住 所	〒 — — — — — □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	☐ 本人 ☐ 夫 ☐ 妻 ☐ 子 ☐ 子の配偶者 ☐ 相続人代表者 ☐ その他 ()	
	住 所	〒 — — — — — □被保険者と同じ 電話番号 — — — — —			
	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 — — — — —			

※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	☐ 本人	本人確認	☐ 運転免許証 ()
		☐ 介護保険被保険者証		☐ 個人番号カード
		☐ 委任状		☐ 健康保険証 (後期 ・ 国保 ・ 社保)
		☐ 資格者証		☐ 介護保険証
		☐ 同一住民票内		☐ そ の 他 ()
		☐ 相続人代表者		※写真有 1 点、写真無 2 点

☐主治医意見書作成中止連絡済 ()
☐認定調査中止連絡済 ()
☐ケアマネ連絡済 ☐保険証発行済 (☐申請時保険証未回収)

課 長	副 課 長	係 長	係 員	担 当

受付印