**介護保険 要介護認定・要支援認定 申請取下げ書**

令和　　　年　　　月　　　日

西条市長　様

　　　年　 　月　 　日付けで介護保険の認定申請をしましたが、申請を取下げします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険　　者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名 |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 住 所 | 〒　 　－電話番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届　　出　　者 | 氏　 名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 住　 所 | 〒　 　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 提出代行者名 |  　　　　　  |

※届出者が被保険者本人の場合、住所・電話番号の記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 取下げ理由 | １　入院のため２　心身の状態の変化により３　現在介護サービスの利用予定がないため４　転出により５　死亡により６　その他 (　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※該当する番号に○を入れてください。その他の場合は理由を記入してください。