

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																		
	フリガナ													性 別	男 ・ 女					
	氏 名													生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	住 所	〒 ー												電話番号						

届 出 者	氏 名											被保険者との関係					
	住 所	〒 ー												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	<p>1 入院のため</p> <p>2 心身の状態の変化により</p> <p>3 現在介護サービスの利用予定がないため</p> <p>4 転出により</p> <p>5 死亡により</p> <p>6 その他 ()</p>
-------	--

※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。