

介護保険 要介護・要支援認定申請取下書
(新規・更新・変更)

瀬戸市長宛

年 月 日に介護保険の認定申請をしましたが、下記の理由により申請を取り下げ
します。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は必要ありません。

| | |
|--------|-------|
| 取下半年月日 | 年 月 日 |
|--------|-------|

| | | | |
|-------------------------|---|-----------------|----|
| 申請者氏名 (窓口に来られた人) | | 被保険者との関係 | |
| 提出代行者 名称 (事業者記入欄) | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 | | |
| 申請者住所 (事業者所在地) | 〒 - 自宅 () - 携帯 () - | | |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | |
| | (フリガナ) | | |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | M・T・S 年 月 日 () | 性別 |
| 住所 | 〒 - 自宅 () - 携帯 () - | | |

【取 下 理 由】

| |
|---------------------|
| 該当項目に○をつけてください。 |
| 1. 入院加療のため |
| 2. 病状が不安定なため |
| 3. 介護サービスの受給予定がないため |
| 4. 死亡のため |
| 5. その他 |
| |
| |
| |
| |

※下記は記入不要です

| 受付者 | 調査員連絡 | キャンセル待ち | 意見書依頼 | 病院連絡 | 取下入力 | 保険証 (再交付) |
|-----|---------------|---------------|------------------|---------------|---------------|---------------|
| | 済み ・ 未済 | 済み ・ 未済 | 実施済み ・ 依頼中 | 済み ・ 未済 | 済み ・ 未済 | 済み ・ 未済 |