

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"/> 指定介護療養型医療施設 <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	意見書依頼	キャンセル待ち	病院連絡	取下入力	保険証(再交付)
	済み ・ 未済	実施済み ・ 依頼中	確認済み ・ 未済	済み ・ 未済	済み ・ 未済	済み ・ 未済