

介護保険〔要介護認定・要支援認定等〕申請取下げ書

七飯町長様

先に行った介護保険要介護認定・要支援認定申請について、下記のとおり取り下げます。

届出年月日 令和 年 月 日

届出 人	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 電話番号 ()		
	提出代行者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 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 担当者名： 電話番号 () <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">事業所印</div>		

被 保 険 者	被保険者番号							個人番号										
	フリガナ								生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	氏名								性別	男 ・ 女								
	住所	〒 電話番号 () <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">届出人と同じ</div>																

取り下げる理由 (該当項目に○)	1 すぐに介護サービスを利用する見込みがない 2 症状や病状が安定していない 3 その他 ()
---------------------	--

町記載欄

認定調査 (済 ・ 未)	意見書受付 (済 ・ 未)
入 力 (済 ・ 未)	保険証再発行 (済 ・ 未)