

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

安城市長

注意 1 該当する項目にはレ点を付けてください。  
2 資格者証を添付してください。

		届出年月日	○年 ○月 ○日
被保険者	被保険者番号	0000099999	
	フリガナ	アイチ ハナコ	
	氏名	愛知 花子 <small>(※) 署名でない場合は、記名押印してください。 死亡の場合は、記名のみ</small>	生年月日 ○○年 ○○月 ○○日 ( ×× ) 歳
	住所	〒○○○-○○○ 安城市○○町××-△△	電話番号 (○○○) ○○ - ○○○○

届出者	氏名	愛知 一郎 <small>(※) 署名でない場合は、記名押印してください。</small>	被保険者との続柄	長男
	住所	〒○○○-○○○ ○○市○○町××-△△	電話番号	(××××) ×× - ××××
代行業所	名称	担当者名 [ ] (※)		
	所在地			電話番号 ( ) -

申請区分	新規・介護・更新・変更	申請年月日	○年 ○月 ○日
------	-------------	-------	----------

取下げする理由	<input type="checkbox"/>	被保険者死亡のため
	<input type="checkbox"/>	入院しており、退院日が未定のため
	<input checked="" type="checkbox"/>	介護保険サービス利用の必要が無くなったため
	<input type="checkbox"/>	訪問調査を受けることが困難であるため
	<input type="checkbox"/>	医療機関での受診が困難であるため
	<input type="checkbox"/>	状態が変化したため
	<input type="checkbox"/>	その他 ( )

取下げする要介護認定・要支援認定の申請日を記入

取下げの理由で当てはまるものにレ点をつける

※ 処理欄

受付者	システム入力	資格者証の回収	確認者	備考
				<input type="checkbox"/> 同日付け変更申請
被保険者証の交付		不要・必要	交付(発送)日	年 月 日 担当
認定調査		実施済・未実施	処理日	年 月 日 担当
主治医意見書		実施済・未実施	キャンセル日	年 月 日 担当