介護保険（要介護・要支援）認定申請取下届

三郷市長　あて

　　　　　　次のとおり、　　　　　　年　　　月　　　日付で申請した

　　　　　　　　　　　　　　　介護保険（要介護・要支援）認定申請を取下げます。

届出年月日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届　出　者 | 氏　名 |  | [被保険者との関係] |
| 住　所 | * 被保険者に同じ　　　　　　　電話番号
 |
| 届出代行者 | 　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 氏　 名 |  |
| 住　 所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　【取下げ理由】　　該当する理由に 〇 を付けてください。 　　１．申請後に心身の状態が変化したため 　　２．介護保険サービスの利用予定が無くなったため 　　３．死亡　　　　　　　　　　　　　　　 　　４．その他　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処　理　欄 | 受付者 | 入力者 | 申 請 区 分 | 調 査 | 意 見 書 | 備　　　　　考 |
|  |  | 新　規 | 済・未　　　(破棄済) | 済・未　　　(破棄済) |  |
| 更新(期限内・外) |
| 区分変更 |