

介護保険 要介護認定等申請取下書

森 町 長 様

次のとおり介護認定等申請を取り下げします。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏 名											性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒 茅部郡森町字 電話番号 ()																				
險	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5										経過的要介護 要支援状態区分 1 2										
	<small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	有効期間 年 月 日 から										年 月 日										
者	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日										
		介護保険施設の名称等・所在地																				
		医療機関等の名称等・所在地																				
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地																				

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	<small>該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）</small>		
申請者住所	〒 電話番号 ()		

取下等理由	
-------	--

本人氏名 _____

(代筆)

【記入例】

介護保険 要介護認定等申請取下書

森 町 長 様

次のとおり介護認定等申請を取り下げします。

介護保険証に記載されている被保険者番号を記入して下さい。

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	申請年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日
	フリガナ	モリ タロウ	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日
	氏 名	森 太郎	性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 049-0000 茅部郡森町字〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇 (〇) 〇〇〇〇		
前回の要介護認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分 1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分 1 2	
	有効期間	年 月 日 から	年 月 日	
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日		
	介護保険施設の名称等・所在地			
	医療機関等の名称等・所在地			
	医療機関等の名称等・所在地			
有 ・ 無				

申請者氏名	森 〇〇〇	本人との関係	*続柄
提出代行者名称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)		
申請者住所	〒 049-0000 森町字〇〇町〇〇〇番地 電話番号 〇〇〇〇 (〇) 〇〇〇〇		

取下理由は必ず記入して下さい。

取下等理由	
-------	--

ご家族様が代筆される場合、代筆者様のお名前と続柄を記入して下さい。

本人氏名 森 太郎
(代筆) 森 〇〇 (*続柄)