介護保険　要介護（要支援）認定申請取下げ届出書

大 船 渡 市 長　　様

届出人氏名

届出人住所

被保険者との続柄

さきに行った介護保険要介護（要支援）認定申請について、下記のとおり取り下げます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請を取り下げる被保者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　　　　　　　　　　　　　　 |
| 家族等の連絡先（＊） | 氏 名 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 住 所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　　 |

（＊）本人が取下げを届け出る場合は、記入不要。

|  |  |
| --- | --- |
| 取り下げ年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請を取り下げる理由 | １．長期入院が必要となったため２．介護サービスを利用しないこととしたため３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |