

# 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 \_\_\_\_\_ 印

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険者	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	平成 _____ 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 ( _____ )
------------	--