

# 介護保険要介護認定・要支援認定申請取り下げ届

つくば市長 宛て

次のとおり介護保険認定申請を取り下げします。

届出年月日                      年    月    日

届出者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	該当に○ (居宅介護支援事業所・指定介護福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		
届出者住所	〒                  ー <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">電話番号 _____</div>		

\*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

申請書日付	年    月    日			
被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭    年    月    日
	被保険者氏名		性   別	男    ・    女
	住   所	〒                  ー <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">電話番号 _____</div>		

取り下げ理由	1. 錯誤による申請のため 2. 入院中 3. その他  <div style="font-size: 40px; margin: 20px 0;">[</div> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 90%; margin: 0 auto;"></div> <div style="font-size: 40px; margin: 20px 0;">]</div>
--------	--

※市記入欄 (届出者は記入しないでください)

受付者	入力状況	進捗状況
	<input type="checkbox"/> 介護保険システム <input type="checkbox"/> 認定システム	<input type="checkbox"/> 意見書 (                  ) <input type="checkbox"/> 訪問調査 (                  )