

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取り下げ申請書

日立市長 殿

次のとおり資格者証を添付して、認定申請の取り下げを申請します。

被 保 険 者	被保険者番号										申請年月日	令和 年 月 日	
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名												
	住 所	〒											
	※ 連 絡 先	住所と異なる場合のみ記入											
		電話 ()											
介護保険施設 入院・入所の 有無 (短期入所を 除く。)	有	入院・入所施設名											
		所在地											
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名											
		所在地											

※ 申請取り下げの手續を被保険者に代わって行う場合に記入してください。

提 出 代 行 者	名 前		本人との関係	
	住 所	〒		
電話 ()				

※ すでに居宅サービス計画作成を依頼しているかたはご記入ください。

依 頼 先	名 称	
	住 所	〒
電話 ()		

取り下げ申請の理由

※印は、該当する方のみ記入してください。