

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

(宛先) 昭 島 市 長

年 月 日に提出した介護保険の認定申請書を取り下げします。

被 保 険 者	被保険者番号		取り下げ年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
			性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 ー 電話番号 ー ー		

取下げ理由（下記より選択）

☐ 状態が改善し、介護認定の必要がなくなったため

☐ 状態が悪化し、安定の見込みがないため

☐ 入院したため

☐ 死亡したため

☐ 他区市町村へ転出のため

☐ その他 []

提 出 代 行 者	氏 名		本人との関係	
	住 所	〒 ー 電話番号 ー ー		

取下げ入力日	年 月 日
--------	-------