

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

太枠の箇所に必要事項を記入してください。
(被保険者番号はわからない場合は記入しなくても大丈夫です。)

(宛先) 昭 島 市
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			
				・ 女
	住 所	〒 —	電話番号 — —	

介護保険被保険者様(介護認定を受けようと思っていた方)の内容を記入してください。

取下げ理由 (下記より選択)

取り下げる理由を選択し、該当する箇所にチェックを入れてください。

☐ 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	〒 —	(この取り下げ書の申請者・記入者)	
		電話番号 — —		

取下げ入力日	年 月 日
--------	-------