

# 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			
	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