

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			
	住所	〒 -	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。	
	電話番号	-		

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	〒 -	(この取下げ書の申請者・記入者)	

電話番号 -

取下げ入力日	年 月 日
--------	-------