介護保険　要介護認定・要支援認定等申請取下げ書

南会津町長

　平成・令和　　年　　月　　日付で申請しました要介護認定・要支援認定等について、次のとおり申請を取下げします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 取下げ年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 氏　名 |  | 本人との関係 |  |
| 住　所 | 〒　　　　－  電話番号　　　　（　　　　） | | |
| 提　出  代行者 | 名　称 |  | | |
| 住　所 | 〒　　　　－  電話番号　　　　（　　　　） | | |

※　取下げ申請者が本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | | | | | 男　　・　　女 |
| 住　所 | 〒　　　　－  電話番号　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取下げ理由  （該当理由にチェックしてください。） | □死亡により（令和　　年　　月　　日　死亡）  　□状態不安定なため  　□本人又は家族の意思により  　□転出のため（令和　　年　　月　　日　転出）  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者確認欄 | □調査員への連絡　　□主治医への連絡　　□審査会への連絡  　□取下げ入力（ｼｽﾃﾑ、審査用、台帳）　　□被保険者証の再発行 |