

受付印

国東市介護保険 要介護・要支援認定申請取下げ申出書

国 東 市 長 様

年 月 日付の要介護・要支援認定申請について、次のとおり取下げを申し出ます。
 なお、申請の代行及びケアプラン作成を依頼した居宅介護支援事業者や介護サービス事業者等には私（申出者）から連絡いたします。

1. 取下げ申出者

フリガナ		被 保 険 者 と の 関 係	①	②
氏 名			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・親族 (続柄:)	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 事業所・その他
住 所	〒			
			電話	— —

※ 被保険者との関係が①の場合、この欄は記入不用です。

申出代行者	名 称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	
	住 所	〒	
		電話	— —

2. 取下げ内容

被 保 険 者	被保険者番号		取下げ年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	氏 名		年齢・性別	満 歳 男・女
	住 所	〒		
			電話	— —
取下げの理由 (該当する理由に✓印を付してください。)		<input type="checkbox"/> 状態が変化するため。 <input type="checkbox"/> サービス利用の必要がないため。 <input type="checkbox"/> 転出（死亡）のため。 <input type="checkbox"/> その他 ----- -----		

----- 以下記入不要 -----

エクセル番号	意見書処理	訪問調査処理	処理担当者
	月 日	月 日	