

# 介護保険 要介護・要支援認定申請 取り下げ書

日南町長様

下記の申請を取り下げします。

※該当するものに○を付けてください。

|    |    |    |
|----|----|----|
| 新規 | 更新 | 変更 |
|----|----|----|

|             |  |  |          |
|-------------|--|--|----------|
| 要介護認定申請日    | 令和 年 月 日   |  |          |
| 申請者氏名       |  |  | 被保険者との関係 |
| 申請者住所       | 〒 _____ 電話番号 _____   |  |          |
| 提出代行者<br>名称 | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) |  | 印        |
| 提出代行者<br>住所 | 〒 _____ 電話番号 _____   |  |          |

|                  |                              |                    |       |  |      |             |  |  |    |  |  |
|------------------|------------------------------|--------------------|-------|--|------|-------------|--|--|----|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号               | 0 0 0 0 0          |       |  | 個人番号 |             |  |  |    |  |  |
|                  | 医療<br>保険                     | 保険者名               |       |  |      | 保険者番号       |  |  |    |  |  |
|                  | 被<br>保<br>険<br>者             | 被保険者証              | 記号    |  |      | 番号          |  |  | 枝番 |  |  |
|                  | 保<br>険<br>者                  | フリガナ               | ----- |  |      | 生年月日        |  |  |    |  |  |
|                  | 氏名                           |                    |       |  | 性別   |             |  |  |    |  |  |
|                  | 住 所                          | 〒 _____ 電話番号 _____ |       |  |      |             |  |  |    |  |  |
| 前回の要介護<br>認定の結果  | 要介護状態区分 1 2 3 4 5            |                    |       |  |      | 要支援状態区分 1 2 |  |  |    |  |  |
|                  | 有効期間 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 |                    |       |  |      |             |  |  |    |  |  |

|             |
|-------------|
| 認定申請取り下げ年月日 |
| 令和 年 月 日    |

|  |
|--|
| 認定申請取り下げ理由   |
| <p>1. 死亡 (令和 年 月 日 死亡)</p> <p>2. その他 ( _____ )</p> |