介護保険認定申請取り下げ申請書

大蔵村長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 取り下げ申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 提出代行者名　　　称 | 印　　　　　 |
| 申請者住所 | 〒996-大蔵村大字電話番号（0233）　　　－ |

※申請者が被保険者本人の場合、申請書住所・電話番号は記載不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  | 認定申請日 | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 大・昭　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒996-大蔵村大字電話番号（0233）　　－　　　　 |

申請理由

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 取り下げ申請理由 | 申請日からのサービス利用状況 | 理由・異動予定日 |
| １ | 本人の意思により申請を取り下げ | 有　・　無 |  |
| ２ | 家族の意思により申請を取り下げ | 有　・　無 |  |
| ３ | 要介護状態の回復により申請を取り下げ | 有　・　無 |  |
| ４ | 対象者死亡により申請を取り下げ | 有　・　無 | 年　月　日死亡 |
| ５ | 対象者転出により申請を取り下げ | 有　・　無 | 年　月　日転出予定 |
| ６ | 要介護状態不安定により申請を取り下げ | 有　・　無 |  |
| ７ | その他 | 有　・　無 |  |