

介護保険（要介護・要支援）認定申請取下申出書

大田原市長 様

申出年月日 年 月 日

申請した要介護・要支援認定申請について、以下の理由により取り下げを申し出ます。

被 保 険 者	被保険者 番号														申請年月日	令和 年 月 日
	フリガナ												生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
	氏 名															
	住 所	〒 -														
		電話番号 ()														
	種 類	新規申請 ・ 更新申請 ・ 区分変更申請														
	取下理由	長期入院 ・ 状態不安定 ・ 死亡（死亡日 年 月 日） その他（)														
サービス利 用の有無	介護保険の認定申請後、介護サービスを利用したことが 有 ・ 無															

申 請 者	氏 名												被保険者との 関係		
	住 所	〒 -													
		電話番号 ()													

市担当課記入欄

決 済	課 長	係 長	係

受付簿入力	<input type="checkbox"/> 済
T A S K入力	<input type="checkbox"/> 済
認定ソフト入力	<input type="checkbox"/> 済
主治医意見書	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未記入
訪問調査	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調査