

介護保険 要介護・要支援認定等申請取下げ申出書

日 向 市 長 様

下記の理由により、介護保険 要介護認定・要支援認定申請を取り下げます。

										申出年月日		令和		年		月		日		
介護保険被保険者番号										個人番号										
被 保 険 者	フリガナ					生 年 月 日					性 別									
	氏 名					<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
	住 所					〒 - (電話番号) - -														
	要介護・要支援認定等申請日					令和 年 月 日														
申請取下げの理由 ※該当理由に(○)をし、必要事項を記入してください。					() 本人の希望による															
					() 令和 年 月 日、入院 【 医療機関名 】															
					() 令和 年 月 日、転出															
					() 令和 年 月 日、死亡															
					() その他 ()															

提 出 者	申出者との関係 (該当に■) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護															
	家族氏名 もしくは 事業者名	(続柄) ----- (担当者)														
	住 所	〒 - (電話番号) - -														

 以下は記入しないでください。

主治医意見書の入手状況	<input type="checkbox"/> 入手済	<input type="checkbox"/> 取下げ連絡済
認定調査の実施状況	<input type="checkbox"/> 訪問調査済	<input type="checkbox"/> 取下げ連絡済
申請日以後のサービス受給状況	<input type="checkbox"/> 利用あり	<input type="checkbox"/> 利用なし

<input type="checkbox"/> 介護保険システム：入力済
<input type="checkbox"/> 認定支援システム：入力済
<input type="checkbox"/> 青ライン：入力済