

# 介護保険認定申請取り下げ申請書

年 月 日

西桂町長 様

次のとおり申請します。

|                       |        |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--------|---|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者      | 被保険者番号 |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                       | フリガナ   |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                       | 氏 名    |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                       | 性 別    | 男 ・ 女   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                       | 生年月日   | 大 ・ 昭<br>年 月 日  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 住 所                   | 〒      |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                       |        |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 電話番号                  |        |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>者           | 氏 名    |   |  |  |  |  | 被保険者との関係 |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所    | 〒 ー   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                       | 電話番号   |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者 | 事業所名   | 該当に○（ 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 ・<br>介護医療院 ・ 地域包括支援センター ）                           |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所    | 〒   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
|                       | 電話番号   |   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |
| 取り下げ理由                |        | (1) 状態が回復したので申請を取り下げます。<br>(2) 状態が安定していないので申請を取り下げます。<br>(3) 諸事情により申請を取り下げます。<br>(4) その他( ) |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |