

介護保険

要介護認定・要支援認定申請  
要介護更新認定・要支援更新認定申請

取下依頼書

開成町長 府川 裕一 様

次のとおり申請の取り下げを依頼します。

|             |  |       |
|-------------|--|-------|
|             | 申請年月日  | 年 月 日 |
| 申請者氏名       | 本人との関係   |       |
| 提出代行者<br>名称 | 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・指定介護療養型医療施設)<br>印 |       |
| 申請者住所       | 〒  |       |

|                              |   |         |         |   |   |       |   |     |   |   |  |
|------------------------------|---|---------|---------|---|---|-------|---|-----|---|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者             | 被保険者番号  |         |         |   |   |       |   |     |   |   |  |
|                              | フリガナ  |         |         |   |   |       |   |     |   |   |  |
|                              | 氏名  | 生年月日    | 明・大・昭   | 年 | 月 | 日     |   |     |   |   |  |
|                              |   | 性別      |         |   |   |       |   |     |   |   |  |
|                              | 住所  | 〒       |         |   |   |       |   |     |   |   |  |
|                              | 前回の要介護<br>認定の結果等<br>*要介護・要支援更<br>新認定の場合のみ<br>記入 | 要介護状態区分 | 1       | 2 | 3 | 4     | 5 | 要支援 | 1 | 2 |  |
|                              |   | 有効期間    | 年 月 日から |   |   | 年 月 日 |   |     |   |   |  |
| 介護保険施設<br>入所の有無<br>(短期入所を除く) | 有   | 入所施設名   |         |   |   |       |   |     |   |   |  |
|                              | 無   | 所在地     |         |   |   |       |   |     |   |   |  |

|                        |  |
|------------------------|--|
| 取下げの理由<br>*簡潔に記載して下さい。 |  |
|------------------------|--|