

介護保険(要介護認定・要支援認定)取下げ申請書

愛南町長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号													申請年月日	年	月	日	
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名													性別	男	・	女	
	住所	〒																
		電話番号 —																
	介護保険施設 入院・入所の 有無(短期入 所を除く)	有	入院・入所施設名															
		無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名															
			所在地															
			所在地															

提 出 代 行 者	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)																
		〒																
		電話番号 —																

取下げ理由

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請を取下げ致します。

年 月 日

本人氏名