

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

愛川町長 殿

先の申請を次のとおり取り下げます。

取下年月日		令和	年	月	日
取下申出者氏名	本人との関係				
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・介護老人保険施設・指定介護療養型医療施設・その他)				
取下申出者住所	〒				
電話番号					

被保険者番号							※ 取下申出者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要			
被 保 険 者	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				
認定申請年月日	令和 年 月 日									
申請取下事由	1 他市町村被保険者該当 2 死亡 3 その他									
取下事由が生じた日	令和 年 月 日									

- (注) 1 「認定申請年月日」の欄には、先に申請した要介護・要支援認定申請の申請年月日を記入してください。
- 2 「申請取下事由」の欄は、該当する事由の番号を○で囲って下さい。
- 3 「取下事由の生じた日」の欄には、申請取下事由が他市町村被保険者該当である場合にはその住民異動等の予定日を、死亡である場合には死亡日を、その他である場合にはその内容によるそれぞれの事由が生じた日を記入してください。

愛川町記入欄

申請どおり取下げ処理してよろしいか

課長	主幹	副主幹	合議	担当

※ 処 理 欄 (記 入 不 要)	認定事務の進捗状況 (いずれかに○印)	処理確認	
	訪問調査の実施	未・済	
	主治医意見書作成依頼	未・済	
	主治医意見書の受領	未・済	
	認定審査委員会に対する審査判定依頼	未・済	
	認定審査委員会による審査判定	未・済	

※ 処理欄(記入不要)		
入力日	/	
受付	入力	確認