

介護保険要介護認定等申請取下げ書

南 幌 町 長 様

下記様式の提出によって申請した事項を取り下げます。

被 保 険 者	被保険者番号										取り下げ 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 ()													
	提出した様式	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護認定等申請書 <input type="checkbox"/> その他 ()													
取下げ理由	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用予定がないため <input type="checkbox"/> 資格喪失 (町外転出・死亡等) のため <input type="checkbox"/> その他 ()														

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ (親族・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設等・その他)													
		印													
	住 所	〒													
		電話番号 ()													

(町記入欄)

確 認	被保険者証の返還	済 ・ 未	受 付 日
	資格者証の返還	済 ・ 未	
	主治医意見書依頼の取り消し	済 ・ 未 ・ 不可	
	調査員への連絡	済 ・ 未	
	事務システムへの入力	済 ・ 未	
	認定システムへの入力	済 ・ 未	