

介護保険 要介護認定 ・ 要支援認定申請取下げ書

南 幌 町 長 様

次の理由により要介護認定等を取り下げます。

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	( )		
	要介護認定等 を申請した日												年 月 日			
	取り下げ理由															

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	