

介護保険 要介護認定・要支援認定取り下げ申出書

申出日 平成 年 月 日

苓北町長 様

平成 年 月 日付けで、介護保険要介護認定・要支援認定を受けましたが、下表の理由により取り下げを申し出ます。

届出者	氏名		被保険者との続柄	
	住所	〒 電話番号		
提出代行者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援業者・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)		
	住所	〒 電話番号		

※ 届出者が被保険者本人の場合、届出者の住所、電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	住所	〒 電話番号		
	要介護・ 要支援認定 状態区分	認定の有効期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日

取下げ理由

--

※ 申し出にあたっては、被保険者証・認定結果通知書の添付をお願いいたします。

※ この認定取り下げにより、要介護認定の申請を再度行うまでの間は、介護保険法による給付は受給することはできません。

受 付