**介護保険　要介護認定・要支援認定申請取り下げ申請書**

小美玉市長　様

次の通り認定申請の取り下げを申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申請年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒  ☎ | | |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 認定申請年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒  ☎ | | | | | | | | | | | |

【　申請理由　】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 取り下げ申請事由 | | 認定申請日からの  サービス利用状況 | 備考 |
| 1 | 本人死亡のため | 有　・　無 | 年　　月　　日死亡 |
| 2 | サービス利用予定がないため | 有　・　無 |  |
| 3 | 長期入院のため | 有　・　無 | 年　　月　　日入院 |
| 4 | 本人の状態が回復したため | 有　・　無 |  |
| 5 | 主治医による診断未受診のため | 有　・　無 |  |
| 6 | 誤申請 | 有　・　無 |  |
| 7 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 有　・　無 |  |

【　市役所記入欄　】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 取り下げ処理日 | 年　　月　　日 | | 処理者 |  |  | 受付印 |
| 被保険者証の発行 | 要・不要 | 理由 |  | |  |  |
| 被保険者証の送付 | 未 ・ 済 | 送付日 | 年　　月　　日 | |  |
| 意見書キャンセル | 未 ・ 済 | 連絡日 | 年　　月　　日 | |  |
| 認定ソフト処理 | 未 ・ 済 |  | 受付者 |  |  |