



介護保険 認定申請取下書

記載例

町田市長 宛  
次のとおり、取り下げします。

被保険者本人	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	取下年月日	2019 年 3 月 24 日		
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3				
	フリガナ	マチダ イチロウ				
	氏名	町田 一郎		生年月日	明・大・昭7年12月12日 (81歳)	
住所	〒194-0021 町田市中町1-20-23		電話番号 042 ( 722 ) 3111			
申請者	氏名	※ 上記の本人が申請する場合は記入の必要はありません。 ※ 町田 次郎				
	住所	〒194-0022 町田市森野2-2-22		電話番号 042 ( 724 ) 4365		
※必ずご記入ください	・ 取下理由 ( 該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> 及び記入をしてください )					
	<input checked="" type="checkbox"/> 転出 ( 2019年 3 月 19 日 )					
	<input type="checkbox"/> 治療中					
	<input type="checkbox"/> 死亡 ( 年 月 日 )					
<input type="checkbox"/> その他 ( )						
・ 現在のサービス利用状況について ( 該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください )						
<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない。						
<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービスを利用しているが、取り下げをすることで影響はない。						
<input type="checkbox"/> 認定期間内の更新申請である。						
提出代行者 (居宅介護支援事業者等) 名称・所在地	※ 提出者が本人または家族の場合は記入の必要はありません 介護保険施設 マチダ 印 町田市中町1-20-23 電話番号 042 ( 722 ) 3111 担当者氏名 ( 町田 三郎 )					

★ 事務処理欄 ★

受付者名 ( )	処理者名 ( )	<input type="checkbox"/> 被保証交付 ( 済・不要 )	<input type="checkbox"/> 業務端末	<input type="checkbox"/> 受付簿 (No. )
申請区分 / 期間	月 日 ( 新規・更新・区分変更 ) 申請 / 有効期間 年 月 日迄			
調査依頼票	月 日 ( 取消済・受領済 )			
主治医意見書	月 日 ( 取消済・受領済 ) / 情報提供回答 ( 済・不要 )			

介護保険 認定申請取下書

記載例

町田市長 宛  
次のとおり、取り下げします。

【個人番号】わからない場合は、個人番号の記入は不要です。

被保険者本人	被保険者番号	0											取下年月日	2019年3月19日		
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2		3		
	フリガナ	マチダ イチロウ														
	氏名	町田 一郎											生年月日	明・大・昭7年12月12日 (81歳)		
	住所	〒194-0021 町田市中町1-20-23											電話番号	042 ( 722 ) 3111		
申請者	氏名	※ 上記の本人が申請する場合は記入の必要はありません。 ※ 町田 次郎														
	住所	〒194-0022 町田市森野2-2-22											電話番号	042 ( 724 ) 4365		
※必ずご記入ください	・ 取下理由 ( <u>該当箇所に ☑ 及び記入</u> をしてください )															
	<input type="checkbox"/> 転出 (      年      月      日 ) <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 死亡 (      年      月      日 ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 身体状況改善のためサービスが不要となった。 )															
	・ 現在のサービス利用状況について ( <u>該当箇所に ☑</u> をしてください )															
	<input type="checkbox"/> 介護サービスは利用していない。 <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービスを利用しているが、取り下げをすることで影響はない。 <input type="checkbox"/> 認定期間内の更新申請である。															
提出代行者 (居宅介護支援事業者等) 名称・所在地		※ 提出者が本人または家族の場合は記入の必要はありません 介護保険施設 マチダ 印 町田市中町1-20-23 電話番号 042 ( 722 ) 3111 担当者氏名 ( 町田 三郎 )														

★ 事務処理欄 ★

受付者名 (      )	処理者名 (      )	<input type="checkbox"/> 被保証交付 ( 済・不要 )	<input type="checkbox"/> 業務端末	<input type="checkbox"/> 受付簿 (No.      )
申請区分 / 期間	月 日 ( 新規・更新・区分変更 ) 申請 / 有効期間 年 月 日迄			
調査依頼票	月 日 ( 取消済・受領済 )			
主治医意見書	月 日 ( 取消済・受領済 ) / 情報提供回答 ( 済・不要 )			