

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 information: 被保険者番号 (0001234567), 個人番号 (123456789123), フリガナ (マチダ イチロウ), 氏名 (町田 一郎), 取年月日 (2019年3月24日), 生年月日 (昭和7年12月12日), 住所 (町田市中町1-20-23), 電話番号 (042-722-3111).

申請者 information: 氏名 (町田 次郎), 住所 (町田市森野2-2-22), 電話番号 (042-724-4365).

取下理由 (該当箇所に ☑ 及び記入をしてください):
- 転出 ()
- 治療中 ()
- 死亡 (2019年3月19日) [checked]
- その他 ()
現在のサービス利用状況について (該当箇所に ☑ をしてください):
- 介護サービスは利用していない。 [checked]
- 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。 ()
- 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: 介護保険施設 マチダ 町田市中町1-20-23 印 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 () 被保証交付 (済・不要) 業務端末 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。

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/></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)			