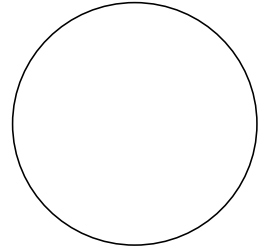


介護保険 認定申請取下書



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	000	取 下 年 月 日	年	月	日
	個人番号					
	フリガナ					
	氏名				生年月日	明・大・昭
住所				電話番号	()	
申請者	氏名	<i>※ 上記の本人が申請する場合は記入の必要はありません</i>				
	住所				電話番号	()
※必ずご記入ください	・ 取り下げの理由について (<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 type="checkbox"/> その他 ()					
※必ずご記入ください	・ 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 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		<i>※ 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</i>				
					電話番号	()
		担当者氏名 ()				

★ 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.)	
備考	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)			