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。

申請区分 / 期 間

調査依頼票

主治医意見書

備

月

月

日

日

月

記載例

被保険者番号				п	Λ	Λ	Λ	0 1		2	1	5	G	7							
被保					U	0 0 1			4	၁	4	E J		1	取下	-					
	個人番			2	3					}			2	3			2	?019 年 3	月 24 日		
険	フリ	ガナ	_			7	マチダ イチロウ														
者本人	氏	名	i								-		_	郎		生年 月日	明・大・昭	明・大・昭7年12月12日 (81歳)			
	住	所				電話番号 042 (722) 3111 「田市中町1-20-23															
申														₹							
請者	住	所	- 1		T 194-0022 電話番号 042 (724) 4365 町田市森野2-2-22																
	・ 取下理由 (<u>該当箇所に ② 及び記入</u> をしてください)																				
*		□ 転出 (年 月 日) □ 治療中																			
必																					
必ずご記				D他()																	
入く	・ 現在のサービス利用状況について (<u>該当箇所に ②</u> をしてください)																				
ださい	✓ 介護サービスは利用していない。																				
		介	護サ	+—	ビン	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:	定其	朋間	内	の夏	冟新	申	清で	゙゙あ	る。										
	10		- +								*	<i>提</i>	æ	者がえ	大または	家族の	場合は記ん	入の必要はありま	・せん		
(居	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 印 電話番号 042 (722) 31. 町田市中町1-20-23 担当者氏名 (町田 三郎														
*	★ 事務処理欄 ★																				
受何	処	理者	含名()		□ ¾	世 保証交付	(済	•不要)	□ 業務端末	□ 受付簿(No.)							

日(新規·更新·区分変更)申請 / 有効期間

(取消済 ・ 受領済) / 情報提供回答(済 ・ 不要)

(取消済 ・ 受領済)

年

月

日迄

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。

記載例

	被保険者番号					0 0 1			2	3	4	5	6	7						
被保険	個人番	号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	取下 年月		2	2019 年 3 月 24 日		
	フリ	ガナ				7	! ' チ	ダ	1) チ	D ,	ウ								
者本人	氏	氏 名						町田一郎							郎		生年 明·大·昭 7 年 12 月 12 日 月日 (81 歳)			
	住	所	- 1	〒194-0021 町田市中町1-20-23																
申	※ 上記の本人が申請する場合は記入の必要はありません。※ 氏 名																			
請者	住	所		〒 194-0022 電話番号 042 (724) 4365 町田市森野2-2-22																
	• 耳	・ 取下理由 (<u>該当箇所に </u>																		
	\square	転品	出 (2019年 3 月 19 日)																	
*		治	寮中	中																
必ず		死1	Ċ	(年 月 日)																
ご記入		その	の他	也 (
入くだ	・ 現在のサービス利用状況について (<u>該当箇所に ②</u> をしてください)																			
たさい	ロ 介護サービスは利用していない。																			
	Ø	☑ 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。																				
	※ 提出者が本人または家族の場合は記入の必要はありません																			
(居	[]	介護保険施設 マチダ 町田市中町1-20-23									印 電話番号 <i>042 (722) 3111</i> <u>担当者氏名 (町田 三郎)</u>									
*	★ 事務処理欄 ★																			

受付	寸者名()	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 E	(新規 ・更新 ・区分変更)申請	/ 有効期間 年 月 日迄
備考	調査依頼票	月日	(取消済・ 受領済)	
Ţ	主治医意見書	月日	(取消済 ・ 受領済)	/ 情報提供回答 (済 ・ 不要)

介	藿	侭	哈	認	完	由	詰	町	下	聿
JI.	壱	木	火	心心		#	詞	口X	`	音

町田市長 宛 次のとおり、取り下げします。

申請区分 / 期 間

調査依頼票

主治医意見書

備

記載例

	1					番号】わか ⋮号の記入									
	被保险	食者番	号	0		与の記入	.16小女	(9 °	J •						
被保険者	個人番	号 1 ガナ	2	3	4 5	6 7 8	9 1	2 3	取下 年月日	2	2019 年 3 月 19 日				
		,,,	 					l							
本人	氏	名			#J^	Ħ	-		郎	生年 月日	1				
	住	所	1	電話番号 042 (722) 3111 町田市中町1-20-23											
申	※ 上記の本人が申請する場合は記入の必要はありません。※ 氏 名 <i>町 大 即</i>														
請			₹	= 194-0022 電話番号 042 (724) 4365											
者 住 所 町田市森野 2-2-22															
	取下理由 (<u>該当箇所に Ø 及び記入</u> をしてください)														
	口 転出 (年 月 日)														
*		治療「	中												
必ず		死亡	(年	月	日))							
ご 記	Ø	そのイ	也	(身体状	:況改善の	のためも	ナービス	が不要と	なった。)					
入く	· 1	見在の	サー	-ビス	利用状	況につい	τ (<u>I</u>	<u>该当簡</u>	<u>新に 図</u> を	してください)				
ださい	口 介護サービスは利用していない。														
		介謹·	#-	-⊬`:	スを利田	ヨ ている	ふが 耶	い下げ;	をすること	で影響はな	el A				
								2117	27000	てが一日の	• • •				
		認定	期間	内	の更新	申請であ	る。								
							※ 提	出者が本	<u> 人または家</u>	族の場合は記	入の必要はありま	せん			
(反	提出 宅介護:	代行者 支援事業		年)											
.,,		•所在:		• ′		介護保		況 マラ 市中町1-							
*	事務処	理欄	*												
	寸者名()	処理者	名()	□被	保証交付	(済 ·不要)	□ 業務端末	口 受付簿	奪(No.)		

月 日(新規・更新・区分変更)申請 / 有効期間 年 月

日 (取消済・ 受領済) / 情報提供回答(済・不要)

月 日 (取消済 ・ 受領済)

月

日迄