

介護保険（要介護・要支援認定）取下申請書

山 県 市 長 様

第35条第1項
第40条第1項
介護保険法施行規則 第42条第1項 の規定により認定を取下げしたいので、次のとおり申請します。
第49条第1項
第54条第1項

被 保 者	被保険者番号		取下申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名						
	住 所	〒 — 電話番号（ ） —					
介護保険施設入院・入所の有無（短期入所を除く）	有・無	介護保険入所施設名 所在地 介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 所在地					

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設）					印
	住 所	〒 — 電話番号（ ） —					

介護保険（要介護・要支援認定）申請年月日	平成 年 月 日
取下理由 1 本人の意思による申請を取下げ () 2 家族の意思による申請を取下げ () 3 要介護状態の回復 () 4 その他 ()	

上記理由により、介護保険（要介護・要支援認定）申請を取下げします。

本人 ・ 家族氏名