

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	年	月	日	
	フリガナ											生年月日	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	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