

介護保険(要介護認定・要支援認定)取り下げ申請書

笠間市長 様

先に申請をしました介護保険要介護(要支援)認定について、次のとおり取り下げたく、申請します。

被 保 険 者	被保険者番号																	取下半年月日				年			月			日
	フリガナ															生年月日	明・大・昭			年			月			日		
	氏名															印	性 別	男			・			女				
	住 所	〒														電話番号												

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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)														
	住所	〒														
		電話番号														

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名					
	所在地	〒															
		電話番号															

取り下げ理由															
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

笠間市記入欄

認定申請受付日	受付番号	意見書依頼日	意見書回収	訪問調査	認定審査会	その他
			未・済	未・済		