

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請取下申請書

松原市長 様

年 月 日に行った要介護認定・要支援認定申請の取り下げを申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0	取下年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 ー 電話番号 ー ー		
取り下げ理由				

※ 家族、代理人等が本人の代わりに申請する場合は、以下の欄を記載してください。

提 出 代 行 者	家族氏名、 又は名称	該当に○をしてください。（家族・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）		
	住所	〒 ー 電話番号 ー ー		

〔市記入欄〕

確認者印	備 考
	<input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/> 電算処理 <input type="checkbox"/> 保険証再交付の必要性（有・無）