

介護保険

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

申請取り下げ書

草津市長宛

次のとおり申請の取り下げをいたします。

申請取り下げ 年 月 日	年 月 日	申請年月日	年 月 日
-----------------	-------	-------	-------

申請者氏名		被保険者との関係	
提出代行者 名称	該当に○（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・介護医療院）		
申請者住所	〒		電話番号

被保険者番号																			
フリガナ												生年月日	明大昭	年	月	日	性別	男・女	
被保険者氏名												生年月日	昭				() 歳		
住 所	〒											電話番号							
現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5											要支援 1 2 非該当							
	有効期間											年 月 日から 年 月 日まで							
申請取り下げ 理由																			
介護保険施設 入所の有無 (短期入所を 除く)	有	入所施設名																	
		所在地																	
	無																		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒		

被保険者 区 分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1号被保険者（65歳以上） ・ 2号被保険者（40歳～64歳）
-------------	--

※処理欄			
受 付	意見書確認	システム入力	保険証発行
/	/	/	有 / 無