

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下書

年 月 日

瀬戸内市長 様

下記のとおり、要介護認定・要支援認定申請を取下げします。

申 出 者	フリガナ			取下げをする介護認定申請年月日	
	氏 名			年 月 日	
				本人との関係	
	※住 所	電話番号.....			

※事業所にあつては名称及び所在地を記入してください。

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0											
	氏 名			個人番号															
		性 別	男 ・ 女		生年月日	明・大・昭		年		月		日							
	住 所																		

取下げ理由（具体的に記入してください。）

※市記入欄

	処理状況	申請受付
訪問調査	<input type="checkbox"/> 調査済 <input type="checkbox"/> 未調査 年 月 日連絡済	
意見書	<input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成 年 月 日連絡済	
被保システム入力	<input type="checkbox"/> 入力済	
認定システム入力	<input type="checkbox"/> 入力済	
被保険者証発送	<input type="checkbox"/> 発送済 ( / ) <input type="checkbox"/> 発送不要	

課 長	課長補佐	係 長	係	担当