

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

安 城 市 長

注意 1 該当する項目にはレ点を付けてください。
2 資格者証を添付してください。

| | | | | | |
|------------------|---|-------|---|---------------|----------------|
| | | 届出年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏 名 | (※) | | 生年月日 | 年 月 日 () 歳 |
| | (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 死亡の場合は、記名のみ | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | 電話番号 () - | |

| | | | | |
|-------------|------------------------------|-----|--------------------|--|
| 届 出 者 | 氏 名 | (※) | 被 保 険 者 と の 続 柄 | |
| | (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | | |
| | 住 所 | 〒 | 電話番号 () - | |

| | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----|---------------|
| 代 行 事 業 所 | 名 称 | (※) | 担 当 者 名 [] |
| | (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | |
| | 所 在 地 | | 電話番号 () - |

| | | | | | |
|------|-------------|-------|---|---|---|
| 申請区分 | 新規・介護・更新・変更 | 申請年月日 | 年 | 月 | 日 |
|------|-------------|-------|---|---|---|

| | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 取 下 げ す る 理 由 | <input type="checkbox"/> | 被保険者死亡のため（介護保険サービスは利用していな |
| | <input type="checkbox"/> | 入院しており、退院日が未定のため |
| | <input type="checkbox"/> | 介護保険サービス利用の必要が無くなったため |
| | <input type="checkbox"/> | 訪問調査を受けることが困難であるため |
| | <input type="checkbox"/> | 医療機関での受診が困難であるため |
| | <input type="checkbox"/> | 状態が変化したため |
| | <input type="checkbox"/> | その他（ |

※ 処理欄

| 受付者 | システム入力 | 資格者証の回収 | 被保険者証の回収 | 確認者 | 備 考 |
|-------------|---------|---------|----------|-----|-----------------------------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> 同日付け変更申請 |
| 被保険者証の交付 | 不 要・必 要 | 交付(発送)日 | 年 | 月 | 日 担当 |
| 認 定 調 査 | 実施済・未実施 | 処 理 日 | 年 | 月 | 日 担当 |
| 主 治 医 意 見 書 | 実施済・未実施 | キャンセル日 | 年 | 月 | 日 担当 |