

介護保険認定申請取下申請書

湯沢町長 様

次のとおり、介護保険認定の取り下げを申請します。

	取下申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
提出代行者名称		
申請者住所	〒 ー 電話番号() ー	

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ				認定申請日	令和 年 月 日			
	被保険者氏名				生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	住 所	〒 ー 電話番号() ー							

申請理由

No.	取り下げ理由	申請日からのサービス利用状況	理由 ・ 異動年月日
1	本人の意思により申請を取り下げ	有 ・ 無	
2	家族の意思により申請を取り下げ	有 ・ 無	
3	要介護状態の回復により申請を取り下げ	有 ・ 無	
4	対象者死亡により申請を取り下げ	有 ・ 無	令和 年 月 日死亡
5	対象者転出により申請を取り下げ	有 ・ 無	令和 年 月 日転出予定
6	要介護状態不安定により申請を取り下げ	有 ・ 無	
7	その他	有 ・ 無	

湯沢町記入欄

申請取下処理日	令和 年 月 日						担当
被保険者番号							
被保険者証の発行	要 ・ 不要	理由					
被保険者証の発行送付	未 ・ 済	送付日	令和 年 月 日				