

介護保険認定申請取り下げ書

みやま市長 様

次のとおり介護保険要介護・要支援認定申請を取下げます。

		取下年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
提出代行 者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅支援事業者・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、介護医療院)		
申請者住所	電話番号		

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

取下げの理由

☐介護保険の利用予定がないため

☐資格喪失（転出・死亡等）のため

☐その他

(事務使用欄)

申請者本人確認

☐マイナンバーカード

☐ ()

代理権確認 (代理の場合)

☐委任状

☐資格者証

☐ ()

事務処理

・資格者証回収 (済・未)

・被保険者証 (発行済・郵送 /)

・主治医意見書 (受理済・回収済・

連絡済:)

・認定調査 (済・未→予定取消・予定無)

・審査会割当 (未・済→取消)

受付

受付印