

(資格喪失以外用)

介護保険 要介護認定・要支援認定等 申請取下書

北アルプス広域連合長 様

次のとおり申請を取り下げします。

※申請者が被保険者本人の場合、提出代行者、申請者住所、電話番号は記載不要		申請取下年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
提出代行者 名称	該当に○(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 ・ 指定介護療養型医療施設)		
申請者住所	〒 _____ 電話番号 () _____		

被 保 険 者	被保険者番号	0 0													
	フリガナ														
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日												
		性別	男 ・ 女												
	住所 <small>(施設入所者の場合は 入所前の住所を記入)</small>	〒 _____ 電話番号 () _____													
	要介護認定・要支援認定 申請年月日	_____ 年 月 日													
	前回の要介護 認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新 認定を取下げの場合のみ記入</small>	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援	1	2					
		有効期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日												
	過去6月間の介護 保険施設・医療 機関等入院入 所の有無 有 ・ 無	介護保険施設の名称等						期間	年	月	日	~	年	月	日
		介護保険施設の名称等						期間	年	月	日	~	年	月	日
医療機関等の名称等							期間	年	月	日	~	年	月	日	
医療機関等の名称等							期間	年	月	日	~	年	月	日	

申請取下理由	
--------	--

		申請取下確認	
		市町村	広域
担 当 者 印	