

茅ヶ崎市介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下げ申出書

年 月 日

(あて先) 茅ヶ崎市長

名 称

届出者氏名

届出者

住 所

電 話 番 号

次のとおり要介護認定・要支援認定の申請取下げを申し出ます。
また、被保険者本人や提出代行者等に、申請を取下げた旨の連絡を行います。

1 被 保 険 者

被保険者番号				
(フリガナ)	()	生年月日	年齢	性別
氏 名		明・大・昭 ・		男・女
住民票上の住所				
	電話番号 - -			

2 認定申請年月日

年 月 日

3 取下げ理由
(該当する番号に○)

- 1 入院中で退院の見込みがないため
- 2 介護保険サービス利用の予定がないため
- 3 本人・家族の申出のため
- 4 心身の状態が不安定であるため
- 5 区分変更申請に変更するため (年 月 日付予定)
- 6 転出のため
- 7 その他 ()

茅ヶ崎市記入欄

申出のとおり、申請を取下げてよいでしょうか。

課長	課長補佐	担当	処理	O/L	受付
					窓口申請
					郵送申請

備考

処理状況	調査票	作成済	未作成 →
	意見書	作成済	未作成 →