介護保険　要介護･要支援認定等申請取下書

宝達志水町長　あて

令和　　年　　月　　日付 要介護・要支援認定等申請について、次のとおり取り下げます。
なお、申請の代行及びケアプラン作成を依頼した居宅介護支援事業者や介護サービス事業者等には私（申出者）から連絡いたします。

被保険者（申出者）	被保険者番号		取下年月日	令和　　年　　月　　日
	フリガナ		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
	氏　　名			
	住　　所	〒 宝達志水町 電話番号　　－		
	取消理由	（該当するものに〇） 1. 入院　2. 状態不安定　3. 医療対応　4. 転出 5. 死亡（死亡日　／　）　6. その他（　　）		

（申出者と同じ場合は記載不要。）

提出者	氏名及び事業者名	該当に〇 地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定療養型医療施設・介護医療院
	住　所	〒 電話番号　　－
	申出者との関係	家族（　　）　地域包括支援センター　居宅介護支援事業者　介護保険施設　その他（　　）

事務処理欄（記入不要）	訪問調査の実施	未・済	入力日
	認定審査会への判定依頼	未・済	／
	認定審査会による審査判定	未・済	

問い合わせ先
宝達志水町 健康福祉課 介護保険係
〒929－1311　宝達志水町門前サ11番地
電話　(0767)28-5505