介護保険要介護認定等申請取下げ書

(あて先)白岡市長

次のとおり申請を取下げます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 取下げ年月日 | 年　　月　　日 |
| 取下げ者氏名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 取下げ者住所 | 電話番号 ( ) | | |

※取下げ者が被保険者本人の場合には、取下げ者住所の欄は記載不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 性別 | 男 女 |

〒

住所

|  |  |
| --- | --- |
| 取り下げの理由 | 1　転出 2　死亡 その他( ) |
| 備考 |  |

2号被保険者(40歳から54歳までの医療保険加入者)のみ記入

※以下は記入の必要はありません(高齢介護課記入欄)

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問調査 | 1未実施(未依頼) 2実施済(依頼済) 3提出済 |
| 主治医意見書 | 1未依頼 2依頼済 3提出済 |
| 認定審査会 | 1未依頼 2依頼済 3認定済 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | | | 医療保険者番号 |  |
| 医療保険被保険者証記号番号 | | 記号 |  | 番号 |  |