介護保険　　要介護認定・要支援認定等申請取下げ申出書

小千谷市長あて

　令和　　　年　　　月　　　日付で申請した介護保険　要介護認定・要支援認定等申請は、次のとおり取下げします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　　保　　　険　　　者 | 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | 申出年月日令和年　　　月　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 取下げ理由 | １　　サービス利用予定がなくなったため２　　状態不安定（認定調査不能）のため３　　市外転出のため４　　本人死亡のため５　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者（本人の場合は記入不要） | 被保険者との関係 | １　　親族（本人との関係：　　　　　　　　）２　　提出代行者（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設等）３　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 名前・名称（提出代行者のみ押印） | 　 |
| 住所 | 〒　　　　―　　　　　　　　　電話番号 |