

介護保険要介護・要支援認定申請取り下げ書

南国市長 様

年 月 日に行った要介護・要支援認定の申請について、次のとおり取り下げします。

		申請取り下げ年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係		
申請者住所	電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
フリガナ																					
被保険者氏名																					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女															
住所	電話番号																				
取り下げの理由	<input type="checkbox"/> 入院のため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他																				

市 記 入 欄			
保険証再発行	入 力	主 治 医	調 査 員
／ 不要	／ A・認・R	／ 未・済	／ 未・済