

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下げ届

東久留米市長 様

受付印	市役所使用欄		
	受付	入力	被保険者証交付

令和 年 月 日 付けで申請しました介護保険 要介護認定・要支援認定申請を取下げます。

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0									
	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	〒									
		電話番号									
	取下げ理由 (該当に○、その他の場合は理由を記入してください)	1. 当面、介護サービス利用の予定がないため 2. 入院中で、状態不安定なため 3. その他 ()									

介護保険要介護認定・要支援認定の申請者を、下記に記入してください。
(申請者が被保険者本人の場合は、住所・電話番号は記載不要です。)

提 出 者	氏 名	(被保険者との関係)
	住 所 (被保険者と異なる住所の場合は記入)	電話番号
	代行事業者	該当に○(地域包括支援センター・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・指定介護療養型医療施設)

※介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下げ届の提出は、本人又は申請者のみ行うことができます。