

介護保険 要介護認定・要支援認定申請 取り下げ書

豊島区長

介護保険 要介護認定・要支援認定申請の取り下げを次のとおり申請します。

暫定サービスの利用があれば全額自費になる場合があります。

上記の内容に同意の上、取り下げ申請をいたします。

本人氏名

印

※本人自筆の署名がある場合、押印は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0							申請年月日	年	月	日		
	フリガナ										生 年 月 日	明 治	・	大 正	・	昭 和
	氏名											年	月	日		
	住所	〒														
		電話番号 ()														
取り下げ理由	<input type="checkbox"/> 介護保険サービスが必要なくなったため。 <input type="checkbox"/> 豊島区を転出するため。 その他 ()															

※窓口にいられた方のお名前を記入してください。

提 出 代 行 者	被保険者との関係	1. 家族 続柄() 2. 居宅介護支援事業者 3. 地域包括支援センター 4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. その他()													
	氏名														
	住所	〒													
	電話番号 ()														

事務 処 理 欄	受 付 者	受 領 日	備 考