介護保険［要介護認定・要支援認定］申請取下げ届

中間市長　　様

届出日　　年　　月　　日

介護保険［ 要介護認定・要支援認定 ］申請を取下げします。

被保険者番号	0 1 0	申請日	年　月　日
フリガナ		性別	男　女
氏名		生年月日	年　月　日
住所			
連絡先　（　　）　　―			

取下げ理由　該当する理由に☑してください。

☐　サービス利用の意向がないため。　　☐　入院中で状態が安定しないため。

☐　死亡（　　年　　月　　日）

☐　その他［　　］

届出者　　被保険者本人の場合は氏名欄の『本人』に〇を記入してください。

氏名	
被保険者との関係　1、本人　2、親族　3、提出代行者　4、その他（　　）	
住所	
連絡先　（　　）　　―	

※※※※　取下げ届を出される前にご確認ください　※※※

一つでも『はい』に〇がある人は、申請を取り下げると**全額自己負担**になります。	は　い	いいえ
介護保険申請をした日以降に、ケアマネージャーから暫定ケアプランを受取り、サービスを利用していますか？		
介護保険申請をした日以降に、介護保険適用の福祉用具を購入しましたか？		
介護保険申請をした日以降に、介護保険適用の住宅改修を依頼していますか？		
介護保険申請をした日以降に、介護保険適用の居宅療養管理指導を受けていますか？		

申請中に亡くなられたなどの理由は、認定結果を出せる場合があります。（問合せ先　中間市役所介護保険課　給付係　093-246-6283）

保険者記入欄

入力		確認	
主治医意見書	／　連絡済　　回収済		
被保証	／　発送　　発送なし		