

年 月 日

(宛先) 秦野市長

介護保険要介護等認定申請取り下げ届

年 月 日付けで申請した要介護等認定申請を次の理由により取り下げます。

被保険者番号									
ふりがな							生年月日	年 月 日	
被保険者氏名 (介護を必要とする人)							性別	男 ・ 女	
住 所	秦野市 電話 ()								
取り下げ理由									

※ 添付するもの：「申請中」と押印のある介護保険被保険者証（資格者証）

窓口 に 来 た 人	住 所				
	氏 名			本人との関係	
	代 行 者 名 称	<small>(地域高齢者支援センター・居宅介護支援事業所・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)</small>			

丁	課 長	課長代理	担 当	受 付	認定システム	/		
	上記申請 について、 取り下げ 処理をし てよろし いでしょ うか。	<input type="checkbox"/> 認定申請届者の確認 <input type="checkbox"/> 代行権の確認 <input type="checkbox"/> 被保険者証・資格者証の回収 <input type="checkbox"/> その他			保険システム	/		
					調査	/		
					意見書	/		
					保険証	/		