要介護認定申請取下届書

被　保　険　者　氏　名	被保険者番号	
ふりがな		
	個人番号	
	生 年 月 日	性　別
	明治・大正・昭和 年　　月　　日	男　・　女

居宅サービス計画の作成依頼事業者	
・ 事業者名	・ 事業者の所在地 電話番号　　（　　）

要介護認定の取り下げをする理由（選択肢の中から選んでください。）

1. 介護療養型医療施設以外の医療機関に入院中でしばらくの間、退院の予定がないため
2. 申請をしたが、今後介護保険のサービスを利用する意志がないため
3. その他（　　）

直 方 市 長 様

要介護認定の申請を取り下げる旨、届出します。

年　　月　　日

住　所

電話番号　　（　　）

被保険者氏名　　印

※ 保険者記入欄

入 力	意見書	調査票	保険証