

介護保険

要介護認定 要支援認定

取下げ書

(あて先) 藤岡市長

年 月 日 に行った要介護認定等の申請を下記のとおり取下げます。

取下げ日	年 月 日
認定調査(予定)日	年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号															生年月日	年 月 日
	フリガナ															性 別	
	氏 名															男・女	
	住 所	〒														電話番号	

提 出 代 行 者	該当に○	親族 地域包括支援センター 居宅介護支援事業者 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院					
	氏 名 又は 名 称					印	本人との関係
	住 所					連絡先	

主 治 医	医療機関名						
	主治医氏名						
	所 在 地						

取 下 げ 理 由							
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--