

※ 介護保険認定申請の取下げについては、申請者からの申出が必要ですのでこの申出書に記入し、御殿場市役所長寿福祉課まで提出してください。

介護保険要介護・要支援認定申請取下げ申出書

御殿場市長 様

次のとおり取下げについて申出します。

	申出年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係
申請者住所	〒	
	電話番号	—

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。

被 保 険 者	番 号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒		
		電話番号	—	
認定申請日	年 月 日			
申出の理由	1 介護保険のサービスを受ける予定がない 2 現在入院中で容体が安定しない 3 その他 ()			

訪問調査	実施済 未実施	主治医意見書	作成済 未作成
------	---------	--------	---------