

介護保険 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定 要介護認定変更 申請取下書

(あて先) 東三河広域連合長 様

令和 8年 1月 5日に申請しました要介護認定・要支援認定の申請を取下げします。

取下げをする当該申請日をご記入ください。

※申請者が本人の場合は、「申請書提出者欄」の記入は不要です。		申請年月日	8年 5月 1日
申請書提出者	フリガナ	コウイキ ハナコ	
	氏名	広城 花子	
	提出代行者等 名 称	該当項目に□ <□地域包括支援センター □居宅介護支援事業者 □指定介護老人福祉施設 □介護老人保健施設 □介護医療院> 東三河居宅介護支援事業所	
	住所 在 所 地	〒 440-0806 豊橋市八町通二丁目16番地2 介護保険課	

電話番号 (0532) ×× - xxxx

提出代行者は、事業所名を記入してください。

被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ	被保険者番号	x x x x x x x x x x
	氏名	広城 太郎	生年月日	明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭 20年 1月 1日
	住 所	〒 440-0806 豊橋市八町通九丁目16番地2	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			電話番号	(0532) ×× - xxxx

取下理由について記載してください。
(その他を選択した場合はその理由をわかりやすくご記入ください。)

取下理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院治療を必要とするため <input type="checkbox"/> 死亡のため <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

※裏面は事務局処理欄であるため、記入は不要です。