

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	本人との関係 担当ケアマネジャー
	氏名	広城 花子	
	提出代行者等名称	<small>該当項目に<input checked="" type="checkbox"/> <□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></small> 東三河居宅介護支援事業所	
	住所所在地	〒 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) xx - 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	xxxxxx
	氏名	広城 太郎	生年月日	明・大 昭20年 1月 1日
			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒 440 - 0806 豊橋市八町通九丁目16番地2 電話番号 (0532) xx - 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。