介護保険申請取下申出書

年 月 日

長岡市長様

次のとおり取下げを申し出ます。

		氏名									□本 □代		□家	族
申請	者	住所	※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 〒											
								電話	番号					
提出代行者 住所·名称		[地	当に○ 地域包括支援センター、指定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・その他 「											
				電話番号										
取下	取下げをする申請書				取下げをする 申請書の申請日						年	<u> </u>	月	日
-h-t-	被	被保険者番号												
被保保		氏	名					性	別		男	•	女	
険			711	生年月日 大・昭 年							月	日		
者	1	住 所		₽			Ē	電話番	모 <i>(</i>)			
							-		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
取一	取下理由 (該当する番号に○を付けてください。)													
1 市外転出														
2 死 亡														
3 その他 (理由:)				

記入例

介護保険申請取下申出書

令和〇〇年 〇月 〇日

長岡市長様

次のとおり取下げを申し出ます。

申請者	氏名	長周 二郎	本人との関係	□本人 ☑ 家族 □代理人						
	住所	※申請者が被保険者本人の場合。〒 9 4 0 − 8 5 0 1	、申請者住所・電話	番号は記載不要						
		長岡市幸町2-2-1	電話番号 025	8-39-2296						
提出代行者 住所・名称		該当に○ 【 地域包括支援センター、指定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・その他 〒								
		事業所等が提出する場合はご記入ください。 「その他」には民生委員などが該当します。								

取下	げをする	申請書	介護保険認定申請書			取下げをする 申請書の申請日			令和○○年 ○月 ○日			
- 51+7	被保険者番号		0	0	0	0	\circ	0	0	0	0	0
被保保	氏 名			長周	少 前	ir	性	別	男 · 女			
険	1	711		長周 太郎			生年	月日	★・昭 ○年 ○月 ○			〇目
者	住	所		40— 目市大		<i>l</i> — 4			258)	3 9	— 2 2	4 5

取下理由 (該当する番号に○を付けてください。)								
1 市外転出								
2 死 亡								
③ その他 (理由: 入院中のため)							