

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

令和〇年△月□日

申請取下書を提出する日をご記入ください。

（宛先）千葉県佐倉市長

次のとおり、要介護認定・要支援認定の申請を取下げします。

被 保 險 者 本 人	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
	フリガナ	サクラ ハナコ
	氏名	佐倉 花子
	生年月日	大正 昭和 10年 5月 3日
	住所	〒 285-0825 電話番号 043(485)6711 佐倉市江原台2-27
申 請 者	氏名	佐倉 太郎
	※本人が申請する場合 は記入不要	
	統柄	長男
住所	〒 285-0013 電話番号 043(484)1771 佐倉市海隣寺町97番地	
取 下 理 由	該当に○	
	1. 死亡したため（死亡年月日：令和 年 月 日）	
	2. 介護保険サービスを利用する予定が無いため	
	3. 状態の変化があったため（改善・悪化）	
	4. その他（ ）	
提 出 代 行 者	(居宅介護支援事業者等) ※ 提出者が本人または家族の場合は記入の必要はありません。	
	名称	〇〇地域包括支援センター
	所在地	佐倉市〇〇 △-〇-〇
	電話番号	〇〇〇△△△〇〇〇〇〇
担当者氏名	佐倉 二郎	

被保険者本人に関する各項目をご記入ください。被保険者番号は介護保険の被保険者番号になります。

申請者の情報をご記入ください。被保険者本人が申請する場合は記入不要です

取下理由を選択してください。1~3に該当しない場合は、4に具体的な理由をご記入ください。

被保険者本人に代わってケアマネジャー等が申請される場合にご記入ください。ご本人又はご家族が申請される場合は記入不要です。