

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。

被保険者本人	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 1 0 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										
	続 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										
	電 話 番 号	〇〇〇 (△△△) □□□□										
	担当者氏名	佐倉 二郎										

被保険者本人についての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。