# 介護保険要介護認定等（ 申請取下 ・ 認定取消 ）申出書

三 次 市 長 様

次のとおり申し出ます。

申出年月日　　年　月　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申 出 者 氏 名 | 印 | 本人との関係 | |
| 申出代行者名称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） | | |
| 申 出 者 住 所 | 〒<br>電話番号 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フ リ ガ ナ | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 |
| | 氏　　名 | | 性　　別 | 男 ・ 女 |
| | 住　　所 | 〒<br>電話番号 | | |
| | 取下を求める申 請 内 容 | 年　月　日　（ 新規・更新・変更・介護 ）申請 | | |
| | 取消を求める認 定 内 容 | 要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援　1　2 | | |
| | | 有効期間　　年　月　日 から　　年　月　日まで | | |

| | |
|---|---|
| 申出を要する理　由 | 1．現在サービス利用の意志がないため<br>2．その他<br>（　　） |