**介護保険　要介護認定申請等取下届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

犬 山 市 長

　　　 　　　　　　　要介護(更新)認定

　　　 次のとおり　　要支援(更新)認定　　申請の取下げについて届け出します。

　　　 　　　　　　　要介護状態区分変更

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 提出代行者 | 該当に〇( 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・指定介護療養医療施設・介護医療院 ) |
| 名称 |  |
| 住所 | 〒 | (　　　　　　－　　　　－　　　　) |
|  |
|  |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒 | (　　　　　　－　　　　－　　　　) |
|  |
| 介護保険施設入院・入所の有無ああああ(短期入所を除く) | 有 | 入院・入所施設名 |
| 所　在　地 |
| 無 | 介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名 |
| 所　在　地 |

|  |  |
| --- | --- |
| 取下げする申請の申請年月日 | 年　　　　月　　　　日　申請 |
| 取下げ理由 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者処理欄 | 申込書受付日 | ・　 ・ | 申請書受付番号 |  | 取下げ届受付日 | ・　 ・ |