介護保険　要介護認定・要支援認定申請取下書

受付印

年　　　月　　　日

岬町長　宛

令和　　　年　　　月　　　日に行った要介護認定・要支援認定申請の取下いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者氏名 |  | 本人との続柄 |  |
| 届出者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　－　　　　　－ |

＊届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は記載不要

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 被保険者氏名 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 被保険者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　－　　　　－ |
| 取下事由 |  |

２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |

＊町処理欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 | 本人確認 | 被保険者証発行 | 事務システム | 認定システム |
|  | （確認方法）　免許証・保険証・ケアマネ証・その他 |  |  |  |