

年 月 日

(あて先)

旭 川 市 長

## 介護保険 要介護認定等 申請取下書

年 月 日に行った申請について、次のとおり取り下げます。

窓口に来られた方 (本人の場合は 記入不要)	氏 名	
	本人との関係 (又は事業所名)	
	住 所	電話番号 ー

\* 代行申請をした事業所等が取り下げる場合は、「本人との関係」欄に事業所名を記入してください。

取り下げる 被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0
	ふりがな	
	氏 名	
	生 年 月 日	( 明 ・ 大 ・ 昭 ) 年 月 日
	住 所	電話番号 ー

取り下げる理由 (あてはまるものの口の中に、レ点を記入してください。)

- 入院・(通院)により、医療保険で対応できるため。
- 介護保険サービスの利用が必要ないため。
- その他 (簡単に理由を書いてください。)

※ 「介護保険被保険者証」を合わせて提出してください。

※ 申請者が市外に転出される時、また、亡くなられたときは、提出の必要はありません。

受付印		入力印	4業務		証発行		認シス
-----	--	-----	-----	--	-----	--	-----