|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介 護 保 険　　申 請 取 り 下 げ 書（あて先）千葉市　　　　　　　区長次の申請を取り下げします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者氏名 | （※　本人による署名の場合は押印不要です）　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 | 届出日 | 　　 年 　月 　日 |
| 本人との関係 |  |
| 届出者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※　届出者が被保険者本人の場合、この欄は記載不要です）電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ被保険者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 被保険者住所 | 〒　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 取り下げする申請 | 申　請　日当初の申請日をご記入ください | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 申　請　種　別該当する番号を○で囲んでください | １　要介護認定申請　　　　　２　要支援認定申請３　要介護更新認定申請　　　４　要支援更新認定申請５　要介護認定変更申請　　　６　サービス種類指定変更申請７　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 取り下げする理由 | □　サービスを必要としなくなったため□　長期入院のため□　死亡のため□　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

 |

サービスの利用　　□　有（※）　　□　無　　（該当する方にレ点をご記入ください）

※　新規申請の方が取り下げ書を提出される場合、申請日から取り下げ届出日までの間に介護サービス利用
（訪問介護等）がある場合は、全額自費となります。