

令和 年 月 日

介護保険要介護認定等申請取下げ書

あて先)福岡市長

令和 年 月 日に下記様式の提出によって申請した事項を取り下げます。

申請者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 (電話番号)		
提出代行者		(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、指定介護療養型医療施設)		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者の住所について記載する必要はありません。

被保険者	番号	
	フリガナ	
	氏名	
住所	〒 (電話番号)	
提出した様式	<input type="checkbox"/> 介護保険要介護認定・要支援認定申請書 <input type="checkbox"/> その他()	
取下げ理由	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用予定がないため <input type="checkbox"/> 資格喪失(市外転出・死亡等)のため <input type="checkbox"/> その他()	
備考		

以下は記入しないでください

主治医意見書	<input type="checkbox"/> 無(/)取下げ連絡 <input type="checkbox"/> 有	申請日以後のサービス受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
認定調査票	<input type="checkbox"/> 無(/)取下げ連絡 <input type="checkbox"/> 有		
被保険者証	(/)送付	現在の認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 新規

介護保険課		福岡市要介護認定事務センター	
係長	係員	センター長	担当者

受付印

--