要介護認定・要支援認定等取下げ申請書

坂東市長　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大 ・ 昭　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者住所 | 〒電話番号　 |
| 申請の理由 | □本人死亡のため□サービス利用予定がないため□長期入院のため□本人の状態が回復したため□その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※申請書に「介護保険資格者証」を添付して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名（事業所名） |  | 被保険者との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒電話番号　 |

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

※申請者記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定申請日 | 　　年　　 月　　 日 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請区分 | □新規　　□更新　　□変更 |
| 主治医意見書 | □済　　　□未（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 認定調査 | □済　　　□未 |