

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下げ届出書

年 月 日

(あて先) 鎌倉市長

年 月 日付けで申請しました介護保険要介護認定・要支援認定申請を取下げることをご通知申し上げます。また、被保険者や居宅介護支援事業者等に対する認定申請を取り下げた旨の連絡を行います。

届出者	氏名 (※)	① (被保険者との続柄)
	住所	〒 -
	連絡先	

(※) 代行事業者が提出の場合は事業者名をご記入ください。本人の場合は押印不要です。

被保険者	被保険者番号	0000
	氏名	
	住所	〒 -
	連絡先	

取下げする理由 (該当する番号に○を付け、必要事項をご記入ください)

1	死亡のため (年 月 日 死亡)
2	転出のため (年 月 日 転出)
3	状態改善のため
4	その他 ()

鎌倉市記入欄

受付者	調査	意見書	処理者	受付印
	<input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成 / 連絡済	<input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未作成 / 連絡済	/ 処理	