

「介護保険 要介護認定・要支援認定 申請」の取下げ書

忠岡町長 様

令和 年 月 日に行った要介護認定・要支援認定申請について、下記のとおり取り下げます。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名			本人との関係
申請者住所	〒 電話番号		

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	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	
	住所	〒 電話番号						
取り下げ理由 (該当理由を○ で囲んでくだ さい)	1 入院したため 2 介護サービスを利用する見込みがない 3 病状が安定しない 4 町外に転出する 5 死亡により (年 月 日 死亡) 6 その他 ()							

添付書類

- ・介護保険被保険者証 (審査未実施の方は資格者証)
- ・委任状 (**※申請者が被保険者本人以外の場合必要。但し、被保険者が死亡の場合を除く。)**

※町記入欄

受付	入力	添付書類	受付欄
1 窓口 2 郵送		<input type="checkbox"/> 本人の介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()	
身元 確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他 () 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		確認者印
代理人 確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> ケアマネ証 <input type="checkbox"/> その他 () 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		

委任状

代理人 住所 _____
氏名 _____ (印)
生年月日 大・昭・平 年 月 日生

上記の者を代理人と定め、次の権限を委任しますので
よろしくお取り計らい願います。

令和 年 月 日

委任者 住所 _____
(本人) 氏名 _____ (印)
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

- ・委任状は、委任者がすべて自筆してください。
- ・窓口において本人確認をします。代理人の方は、本人確認資料（運転免許証等）を持参してください。