

課長	課長補佐	係長	係員

介護保険 要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定  
要介護認定変更 申請取下げ書

五所川原市長 様

年 月 日付けの 1. 要介護認定・要支援認定  
2. 要介護更新認定・要支援更新認定  
3. 要介護認定変更

の申請を取下げします。

被 保 者	被保険者番号	00	取下げ年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 — 電話番号( ) —		
	現在の要介護認定の結果等	要介護度 無 ・ 要支援 ・ 要介護 1 2 3 4 5 有効期限 年 月 日 ~ 年 月 日		
	ケアプラン作成事業者名 又は 介護保険施設名	[介護支援専門員(担当者)名: 電話番号( ) —		
	サービスの利用状況 (申請日～現在まで)	[ケアプラン作成事業者・施設への確認 ～ 未(無)・済( 年 月 日)]		
取下げ理由	1. 死亡 [ 年 月 日] 2. 医療入院 [ 年 月 日] 医療機関名 [ ]・[入院見込み期間 日間] 3. サービス利用中止 [ 年 月 日] 4. その他 [ 理由: ]			

提 出 者	氏名又は名称	※該当するものに○をつけてください。	
		1.居宅介護支援事業者	4.介護療養型医療施設
		2.介護老人福祉施設	5.被保険者の家族(続柄: )
		3.介護老人保健施設	6.その他 ( )
住所	〒 — 電話番号( ) —		

備考	
----	--

保険者受付欄	
--------	--

※保険者記入欄

確認事項	※連絡等		
	1.認定調査	依頼先	
		記入	済 ・ 未
			[未の場合:依頼取下げ 年 月 日]
	2.主治医意見	依頼先	
	記入	済 ・ 未	
		[未の場合:依頼取下げ 年 月 日]	
3.審査判定	依頼	済 ・ 未	
		( 済の場合:判定依頼 年 月 日 ) 審査会予定 年 月 日 依頼取下げ 年 月 日	
※記入・入力等			
	1.申請受付簿		3.介護システム
	2.資格者証		
その他			