

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下げ申出書

年 月 日

吹田市長 宛

年 月 日に行った要介護認定・要支援認定申請の取下げを下記のとおり申し出ます。

申出者氏名		本人との関係	
申出者住所			

被 保 険 者	被保険者番号												
	ふりがな												
	氏名												
	生年月日	1 明治	2 大正										性別
		3 昭和	4 西暦										
	住所											電話番号	
	認定申請取下理由	<input type="checkbox"/> 介護保険で介護サービスを利用しないため。 (暫定介護サービス利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 認定申請後、状態が変わったため <input type="checkbox"/> 本人死亡のため <input type="checkbox"/> その他 _____											

被保険者以外の方が申出する場合は委任状が必要です。

委 任 状

年 月 日

吹田市長 宛

住 所

被保険者氏名

印

私は、次の者を代理人と定め、要介護認定・要支援認定申請取下げの申出について委任します。

記

(受任者)

住 所

氏 名