

# 介護保険 要介護・要支援認定申請 取下げ申出書

(あて先) 奈良市長

年 月 日に申請しました要介護認定・要支援認定の申請を取下げます。

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 申請取下日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

受付印

|                  |        |                                                                                                              |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                                     |
|------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 | 0                                                                                                            | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区変 |
|                  | フリガナ   |                                                                                                              |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日           |                                                                                     |
|                  | 氏 名    |                                                                                                              |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | M・T・S<br>年 月 日 |                                                                                     |
|                  | 住 所    | 〒 -                                                                                                          |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                                     |
|                  | 電話番号   |                                                                                                              |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                                     |
|                  | 取下げ理由  | <input type="checkbox"/> 入院 ( 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> 転出 ( 年 月 日)<br><input type="checkbox"/> その他 |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                                     |

※ 申請者欄は、被保険者本人が申請の場合は記入不要です。

|             |      |           |  |                |  |
|-------------|------|-----------|--|----------------|--|
| 申<br>請<br>者 | 氏 名  | 提出代行者名( ) |  | 続柄<br>(本人との関係) |  |
|             | 住 所  | 〒 -       |  |                |  |
|             | 電話番号 |           |  |                |  |

|                  |     |           |                                                                                      |  |         |
|------------------|-----|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|
| 市<br>処<br>理<br>欄 | 受 付 | 被 保 険 者 証 | <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収                             |  | 取 消 処 理 |
|                  |     | 認 定 調 査 票 | <input type="checkbox"/> 未依頼 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 回収 |  | 入力      |
|                  |     | 主治医意見書    | <input type="checkbox"/> 未依頼 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 回収 |  | 確認      |