

介護保険 認定申請取り下げ申請書 兼 却下処理票

釧路市長宛
次のとおり申請します。

受付年月日 | 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		申請年月日	令和 年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 ー 町 釧路市 大通 丁目 番 号 電話番号 ()		
取り下げ理由	<input type="checkbox"/> 介護保険施設以外の病院及び施設に入院・入所したため <input type="checkbox"/> 介護保険サービスを利用する必要がなくなったため <input type="checkbox"/> 被保険者が死亡したため <input type="checkbox"/> その他()			

申 請 者	氏名		本人との関係	
	提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		
	住所	〒 ー 町 釧路市 大通 丁目 番 号 電話番号 ()		

- ※ 介護保険認定申請時に、介護保険資格者証を交付されている場合は、資格者証を返還して下さい。
- ※ 介護サービス計画作成依頼届出書を提出されている場合は、その届出もあわせて取り下げと致します。
- ※ なお、関係する事業者に対しての認定申請を取り下げた旨の連絡は、申請者が行うことになっていますので、必ずご連絡下さい。

却 下	却下年月日	令和 年 月 日	認定申請年月日	年 月 日
	却下理由			

意見書	あり・なし
調査票	あり・なし
システム処理日	月 日
	確認印

市 決 裁 欄	課長	総括係長	専門員	主 査	担 当

被保険者証発行、 要 ・ 不要