

介護保険 要介護・要支援認定取り下げ願い

高崎市長 宛て

申請者 (被保険者)	被保険者番号		申請年月日	年 月 日	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒 高崎市 電話番号			
	申請日	年 月 日			
	申請種類	(新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 介護新規) 申請			
	取り下げ理由 該当するものに○	・ 本人の身体状況に変化があったため ・ 介護サービス利用の予定がないため ・ 入院が長期化したため ・ 本人が申請中に死亡したため ・ その他 ()			

(申請者と同じ場合は記入不要です。)

提出者	氏 名		被保険者との関係	
	住所	〒 高崎市 電話番号		
	事業所名	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定療養型医療施設・介護医療院)		

※介護保険申請後に介護サービスの暫定利用をしていた場合、取り下げをすると介護認定が出ないため、介護サービス利用費が全額自己負担になる事があります。確認のうえ取り下げの申請をしてください。

※要介護認定申請の際に発行した、介護保険資格者証を必ず添付してください。

※この申請書とともに、提出者の本人確認書類を必ず提示してください。

※取り下げにあたっては、被保険者や介護者、親族間で同意を得たうえで、申請してください。

<介護保険課チェック欄>

提出者本人 確認書類	1 運転免許証	2 個人番号カード	3 介護支援専門員証
	4 介護保険被保険者証	5 健康保険証	6 その他 ()