

要介護認定・要支援認定 申請取り下げ書

年 月 日

北見市長様

年 月 日付けにて行ないました要介護・要支援認定申請を
下記の理由により取り下げします。

被保険者番号 _____

被保険者氏名 _____

〒 -

住 所 _____

電 話 番 号 _____

[取り下げ理由]

1. [_____] のため、病状・障害が不安定な状態にあり、
適切な認定調査の実施などが困難。

2. その他

[_____]

※家族・代理人が代行申請する場合は、この欄に記載してください。

提出者	氏名 <small>(事業所名)</small>		続柄	/ 介護支援 専門員 <small>(介護支援専門員であれば○をする)</small>
	住所	〒 -	電話番号 () -	

北見市記入	受 付	入 力	照 合	保険証返還	資格者証返戻	備 考