

介護保険（要介護・要支援）申請取下げ申込書

年 月 日

| | | | |
|---|---------------------|------|----------|
| (申請先) 横浜市 区長 要介護（要支援）認定申請について、次のとおり取下げます。 | 申込者（被保険者本人の場合は記載不要） | | 被保険者との関係 |
| | 氏名 | 電話番号 | () |
| 被保険者（認定を受けている方） フリガナ 氏名 被保険者番号 生年月日 明・大・昭 年 月 日 (年齢 歳) | | | |
| 住所（住民登録地） 〒 — 横浜市 区 | | | |
| 電話番号 () | | | |

| | |
|---------|--------------------|
| 申請取下げ理由 | 1 サービスを利用する予定がないため |
| | 2 入院継続のため |
| | 3 その他（具体的に記載願います。） |

※鶴見区役所へ書類が到着した日が受理日となります。

区役所確認欄

| | |
|--------|------------------|
| 被保険者証 | 返却／新規発行 |
| サービス利用 | あり／なし |
| 調査票 | 回収（別添）・センター／中止連絡 |
| 意見書 | 回収（別添）／破棄依頼連絡 |

受理年月日

| 課長 | 担当係長 | 係員 |
|----|------|----|
| | | |

| |
|--|
| |
|--|