

記入例

介護保険申請取下申出書

令和〇〇年 〇月 〇日

長岡市長様

次のとおり取下げを申し出ます。

申請者	氏名	長岡 二郎	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代理人
	住所	※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒940-8501 長岡市幸町2-2-1 電話番号 0258-39-2296		
提出代行者 住所・名称	該当に○ 〔 地域包括支援センター、指定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・介護医療院・その他 〕 〒 事業所等が提出する場合はご記入ください。 「その他」には民生委員などが該当します。			

取下げをする申請書		介護保険認定申請書			取下げをする申請書の申請日			令和〇〇年 〇月 〇日			
被 保 険 者	被保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	氏名	長岡 太郎				性別	Ⓜ ・ 女				
	住所	〒940-8501 長岡市大手通1-4-10 電話番号 (0258) 39-2245				生年月日	Ⓣ・昭 〇年 〇月 〇日				

取下理由（該当する番号に○を付けてください。）

1 市外転出

2 死亡

③ その他（理由： 入院中のため）