# 介護保険　要介護認定・要支援認定申請　取り下げ書

豊島区長
介護保険　要介護認定・要支援認定申請の取り下げを次のとおり申請します。

□　暫定サービスの利用があれば全額自費になる場合があります。
　上記の内容に同意の上、取り下げ申請をいたします。

本人氏名

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 | | 申請年月日 | 年　月　日 |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>年　月　日 |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | 〒<br>電話番号　（　） | | | |
| | 取り下げ理由 | □　介護保険サービスが必要なくなったため。<br>□　豊島区を転出するため。<br>その他（　） | | | |

**※窓口にいらした方のお名前を記入してください。**

| | | |
|---|---|---|
| 提出代行者 | 被保険者との関係 | 1. 家族　続柄（　）　2. 居宅介護支援事業者　3. 地域包括支援センター<br>4. 介護老人福祉施設　5. 介護老人保健施設　6. その他（　） |
| | 氏名 | |
| | 住所 | 〒<br>電話番号　（　） |

| 事務処理欄 | 受付者 | 受領日 | 備考 |
|---|---|---|---|
| | | | |