|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介 護 保 険　　申 請 取 り 下 げ 書  （あて先）千葉市　　　　　　　区長  次の申請を取り下げします。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 届出者氏名 | （※　本人による署名の場合は押印不要です）  　　　　　　　　　　　　　　　　　 印 | 届出日 | 年 　月 　日 | | 本人との関係 |  | | 届出者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※　届出者が被保険者本人の場合、この欄は記載不要です）  電話番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | フ　リ　ガ　ナ  被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | 性　別 | 男　　　・　　　女 | | 被保険者住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | 取り下げ  する申請 | 申　請　日  当初の申請日を  ご記入ください | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | 申　請　種　別  該当する番号を  ○で囲んでください | | | | | | １　新規申請　　　　　　　　２　要支援要介護新規申請  ３　更新申請　　　　　　　　４　区分変更申請  ５　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 取り下げ  する理由 | □　サービスを必要としなくなったため  □　長期入院のため  □　死亡のため  □　その他 | | | | | | | | | | | | |

サービスの利用　　□　有（※）　　□　無　　（該当する方にレ点をご記入ください）

※　新規申請の方が取り下げ書を提出される場合、申請日から取り下げ届出日までの間に介護サービス利用  
（訪問介護等）がある場合は、全額自費となります。