

介護保険要介護認定・要支援認定等申請取下げ申出書

調布市長 宛

令和8年1月1日

次のとおり、介護保険要介護認定・要支援認定等申請を取下げます。

申出者氏名	調布 花子		
本人との関係	☐ 本人 ☒ 家族（ 妻 ） ☐ 居宅介護支援事業所職員 ☐ 介護保険施設職員 ☐ 地域包括支援センター職員 ☐ その他（		
申出者住所	〒182-8511 調布市小島町2-35-1 Tel 042-481-7111		

家族もしくはその他を選択する場合、カッコ内には具体的な関係性を記入してください

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
フリガナ	チョウフ タロウ									
対象者氏名	調布 太郎									
住所	〒182-8511 調布市小島町2-35-1 Tel 042-481-7111									

申請を取下げる理由を記入してください。

取下げ理由	介護サービスの利用予定が無いため。
-------	-------------------

市記入欄				
受付年月日	受	票		意見書
		回収済	未回収	
		郵便	その他	回収済
備考				
キャンセルの 連絡日時	意見書	月	日	先方の担当者
	調査票	月	日	先方の担当者
取下げ処理年月日	令和 年 月 日			

