

介護保険 要介護・要支援認定等申請取下書

尼崎市長あて

取 下 年 月 日 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者氏名 **尼崎 一郎** 本人との関係 **長男**

提出代行者名 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・指定介護療養型医療施設・地域密着介護老人福祉施設・介護医療院)

住所又は所在地 〒 **660-0000**  
**尼崎市西難波町X丁目X番X号** 電話番号 **06 (XXXX) XXXX**

\*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

被保険者番号 1 0 0 △ △ △ △ △ △ △

フリガナ **アマガサキ タロウ**  
被保険者氏名 **尼崎 太郎** 生年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 性別  男 ・ 女 ( ○ ) 歳

申請種別に○をする 所 〒 **660-0000**  
**尼崎市七松町○丁目○番○号** 電話番号 **06 (0000) 0000**

申請の種類 新規申請 ・ **更新申請** ・ 変更申請 ・ サービスの種類指定変更申請

申請年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 認定申請をした年月日

介護サービス利用の有無 有 / 無 有の場合、居宅介護支援事業者名 サービスを最後に利用した日 年 月 日

取り下げ理由

〈 所管課使用欄 〉

認定申請時受付番号

調査機関	1. 市	2. 社会福祉協議会	3. 委託事業者
確認日	月 日	調査票	未 ・ 記入済み ・ 白紙
医療機関名			
確認日	月 日	意見書	未 ・ 記入済み ・ 白紙
被保険者証	交付日 月 日	送付日 月 日	確認欄 入力日 /
			課長 認定担当