

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

養父市長 様

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 取下げ年月日 | 令和      年      月      日 |
| 前申請年月日 | 年      月      日         |

私は、認定の取り下げ以降においては、要介護認定・要支援認定の申請を再度行うまでの間は、介護保険法による給付を受けることができないことを理解しました。

|         |                                                       |        |  |
|---------|-------------------------------------------------------|--------|--|
| 申請者氏名   |                                                       | 本人との関係 |  |
| 提出代行者名称 | 該当に○(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・介護医療院) |        |  |
| 申請者住所   | 〒<br><br>電話番号 ( )                                     |        |  |

|                  |        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |
|------------------|--------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |     |  |  |  |  |  |  |  |  | * 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 |  |  |
|                  | フリガナ   |     |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日                            |  |  |
|                  | 氏 名    |     |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別                             |  |  |
|                  | 住 所    | 〒 - |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号                            |  |  |

|                  |                                                              |
|------------------|--------------------------------------------------------------|
| 取<br>消<br>理<br>由 | <input type="checkbox"/> 医療保険適用療養病床に長期入床することで、要介護認定が不要となるため。 |
|                  | (病院名: ) (入床年月日: )                                            |
|                  | <input type="checkbox"/> その他 ( )                             |
|                  |                                                              |

保險者確認欄

|          |                |
|----------|----------------|
| 保険証      | 入力             |
| 回収<br>発行 | Reams<br>Excel |