

## 介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下申出書

(あて先)南魚沼市長

次のとおり申請します。

|       |                 |       |
|-------|-----------------|-------|
|       | 申請年月日           | 年 月 日 |
| 申請者氏名 | 本人との関係          |       |
| 申請者住所 | 〒 ー<br>電話番号 ( ) |       |

\* 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

|                  |        |                 |       |   |   |   |
|------------------|--------|-----------------|-------|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号 |                 |       |   |   |   |
|                  | フリガナ   |                 |       |   |   |   |
|                  | 氏名     | 生年月日            | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |
|                  | 住所     | 〒 ー<br>電話番号 ( ) |       |   |   |   |

|      |  |
|------|--|
| 申請理由 |  |
|------|--|

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

|        |  |               |  |
|--------|--|---------------|--|
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
|--------|--|---------------|--|