

介護保険

居宅介護（予防）住宅改修費支給（事前）
居宅介護（予防）福祉用具購入費支給

申請取下届

多治見市長
次のとおり（事前）申請の取下げを届け出ます。

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

届出者氏名			本人との関係	
提出 代 行 者	名称	該当に○（ 地域包括支援センター・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 ）		
	住所	〒 ー 電話番号（ ） ー		

取下げを求める申請書の提出年月日	年 月 日
取下げを要する理由	1 被保険者死亡（ 年 月 日）のため 2 被保険者長期入院のため 3 その他（具体的に記入してください。）