

総合事業認定取下届書

被 保 険 者 氏 名	被保険者番号	
ふりがな		
	個人番号	
	生年月日	性別
	明治・大正・昭和 年 月 日	男 ・ 女
居宅サービス計画の作成依頼事業者		
・ 事業者名	・ 事業者の所在地	
	電話番号 ()	
総合事業の認定取り下げをする理由(選択肢の中から選んでください。)		
1. 介護療養型医療施設以外の医療機関に入院中でしばらくの間、退院の予定がないため		
2. 申請をしたが、今後総合事業のサービスを利用する意志がないため		
3. その他()		
直 方 市 長 様		
総合事業の認定を取り下げる旨、届出します。		
令和 年 月 日		
住 所		
電話番号 ()		
被保険者氏名		

※ 保険者記入欄

入 力	意 見 書	調 査 票	保 険 証