

※「介護給付」「予防給付」「総合」のどれかに必ず丸をつけ、「総合」の場合は、□のどちらかにレ点を入れてください。

介護給付 ・ 予防給付

介護保険課へ

総合 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 支1, 2
--

高齢者支援課へ

介護保険居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成・
介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出取下書

年 月 日

府中市長

介護保険居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出を取下げします。

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号										
フリガナ		0	0	0	0							
		電話番号			()							
住 所												
〒												
取下げする事業者												
事業者の事業所名												
取 下 年 月 日				年 月 日								
取下げする理由		(具体的な理由を記入してください)										

保険者 確認欄	提出者 <input type="checkbox"/> 本人または家族 <input type="checkbox"/> 事業者（ <input type="checkbox"/> 本人または家族の承諾済）	
	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 認定申請中（新規・更新）
	被保険者証 交付 済（窓・郵）・未 回収 済（窓・郵）・未	