

次のとおり申請を取り下げます。

[illegible]

提出者氏名又は 事業者の名称	事業者は該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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）		
	（事業者担当者名：	被保険者本人との関係	
住所又は所在地	〒 電話番号		

市处理欄

意見書	医療機関名		処理状況	☐ 作成済		☐ 未作成	
				月	日	連絡	
認定調査	調査員・委託事業者名		処理状況	☐ 調査済		☐ 未調査	
				月	日	連絡	
被保険者証	郵送	・ 不要	システム入力	月	日	入力	受付者 受付時間