

記入例（申請取下げの場合）

認定申請取下げ届・主治医変更届

令和〇年●月■日

※当てはまる方にチェック☑を入れてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 認定申請取下げ	<input type="checkbox"/> 主治医変更
---	--------------------------------

※この届出ができるのは、認定申請の申請者のみです。

届出者氏名	愛媛 花子	本人との関係	担当ケアマネ
届出者住所・ 事業所名	〒 ***-**** 伊予郡松前町大字筒井〇〇番地 居宅介護支援事業所 まさき TEL 089-985-****		

被保険者氏名	松前 太郎	被保険者番号	0000123456
被保険者住所	〒 ***-**** 伊予郡松前町大字筒井▲▲番地 TEL 089-985-****		
認定申請年月日	令和〇年▲月★日		

※認定申請取下げの場合のみ記入してください。

取下げの理由	医療機関へ入院することとなり、退院の見込みが立たないため
--------	------------------------------

※主治医(指定医)変更の場合のみ記入してください。

主治医(指定医)の変更	
変更前	変更後
医療機関名	主治医変更欄は記入不要です。
医師氏名	
医療機関 所在地	