

介護保険 申請取下げ書

大田市長 様

月 日付で行った

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 要介護認定
要介護更新認定
要介護状態区分変更 | ・要支援認定
・要支援更新認定
・サービス種類指定変更 |
|-------------------------------|-----------------------------------|

申請について下記の通り申請を取下げます。

	個人番号		
被 保 険 者	被保険者番号	取下半年月日 年 月 日	
	フリガナ	生年月日 明・大・昭 年 月 日	
	氏名	性 別 男 ・ 女	
	住所	〒	
	電話番号		

提 出 代 行 者	氏 名	該当に○(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・介護医療院) <div style="text-align: right;">(担当者)</div>
	住 所	電話番号

取 り 下 げ の 理 由	
---------------------------------	--