

介護保険 申請取下げ書

安来市長 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	<small>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）</small> <div style="text-align: right;">(担当者)</div>		
	住 所	〒 <div style="text-align: right;">電話番号</div>		

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