

取下

介護保険 要介護・要支援認定申請の取下げ申出書

湯 沢 市 長 様

要介護・要支援認定の申請をしましたが、次のとおり取下げします。

被 保 険 者	被保険者 番 号		取 下 げ 年 月 日	令和 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			
	取 下 げ の 理 由			

代理の方が提出する場合のみ記入してください。

提 出 代 行 者	該当に○	家族・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・その他		
	氏 名 (名 称)		本人との関係	
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ 電話番号()		