介護保険　要介護認定･要支援認定　申請取り下げ書

美 祢 市 長　様

次のとおり、　　年　　月　　日に行いました要介護認定･要支援認定の申請を取り下げます。

		取り下げ年月日	年　　月　　日
申請者氏名		本人との関係	
提出代行者 名　　称	該当に〇（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） 印		
申請者住所	〒 ※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所、電話番号は記載不要 電話番号		

被保険者	被保険者番号			
	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		

取り下げ理由	

市確認欄	認定調査	依頼	未 ・ 済	意見書	依頼	未 ・ 済	入力	
		調査	未 ・ 済		調査	未 ・ 済		
		連絡	不要 ・ 済（　／　）		連絡	不要 ・ 済（　／　）		