

# 介護保険 要介護・要支援認定等申請取下げ書

年 月 日

上三川町長 宛て

下記のとおり、 年 月 日付 要介護・要支援認定(区分変更)申請を取り下げます。

申請者	氏名 又は 事業所名			
	住所	〒	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> その他代理人 ( )
		電話番号 ( )		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者の住所の記載は不要です。

被保険者	氏名		被保険者番号									
	性別	男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日								
	住所	〒										

取下げ理由	
-------	--