

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 様

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	印		
	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。

※本人・家族の方は、押印不要です。

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

取下げ理由	
-------	--