

# 介護保険 申請取下げ書

邑智郡総合事務組合管理者 様

月 日付で行った

- |                               |                                   |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 要介護認定<br>要介護更新認定<br>要介護状態区分変更 | ・要支援認定<br>・要支援更新認定<br>・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。

被 保 険 者	被保険者番号		取下年月日	平成 年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男・女
		印		
	住 所	〒		
電 話 番 号				

提 出 代 行 者	氏 名	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） 印 （担当者）		
	住 所	〒		
		電話番号		

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