

# 介護保険 申請取下げ書

隠岐広域連合長 様

月 日付で行った

要介護認定	・要支援認定
要介護更新認定	・要支援更新認定
要介護状態区分変更	・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。

		個人番号	
被 保 者	被保険者番号	取下半年月日	平成 年 月 日
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		
	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）  （担当者）
	住所	〒  電話番号

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