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	
被保険者	被保険者番号		取下年月日	年　月　日
	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			

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・介護医療院） （担当者　　）
	住　所	〒 電話番号

取り下げの理由	