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