

## 介護保険 要介護・要支援認定申請取り下げ書

都留市長 様

次のとおり認定申請を取り下げます。

|        |           |         |       |
|--------|-----------|---------|-------|
|        |           | 取り下げ年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名  |           | 本人との関係  |       |
| 申請者住所  | 〒<br>電話番号 |         |       |
| 取り下げ理由 |           |         |       |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

|        |           |        |       |
|--------|-----------|--------|-------|
| フリガナ   |           |        |       |
| 被保険者氏名 |           | 被保険者番号 |       |
| 生年月日   | 年 月 日     | 性別     | 男 ・ 女 |
| 住 所    | 〒<br>電話番号 |        |       |