介護保険　要介護認定・要支援認定取下げ申請書

年　　　月　　　日

皆野町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

申請者住所　　〒

電話番号　　（　　　　　）　　　　－

被保険者との関係　【　　　　　　】

下記の者に係る　　　　年　　月　　日に申請した介護保険　要介護・要支援認定申請を次のとおり取下げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　 |
| 取下げ理由 |  |
| 備考 |  |