介護保険　要介護認定・要支援認定等申請取り下げ書

平成　　年　　月　　日

苓北町長　様

平成　　年　　月　　日付けで介護保険要介護認定・要支援認定等の申請をしましたが、下表の理由により取り下げます。

届出者	氏　名		被保険者との続柄	
	住　所	〒　　電話番号		
提出代行者	名　称	該当に〇（地域包括支援センター・居宅介護支援業者・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）		
	住　所	〒　　電話番号		

※　届出者が被保険者本人の場合、届出者の住所、電話番号は記載不要です。

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　名			
	住　所	〒　　電話番号		

取下げ理由

受　付