介護保険　要介護認定・要支援認定申請取下書

　　　年　　　月　　　日

日高村長　　様

※被保険者本人の場合は、ここは記入しなくて構いません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 届出者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 被保険者との続柄（　　　　　　　　　　　　） | | |

　　　　年　　　月　　　日に行った要介護認定・要支援認定の申請について、下記の通り取り下げます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  番　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 被保険者  氏　　名 | ㊞ |
| 被保険者住所 | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 取り下げ年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |
| --- |
| 理　由 |

|  |
| --- |
| 備　考 |