介護保険【申請取下】申出書

北栄町長　様

次のとおり、申請の取り下げを申し出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者 | 氏　名 |  |
|  | 被保険者との関係：  |
| 住　所 | 〒 |
|  | 電話番号： |

（注）家族、代理人等が代理人申請する場合も、上記の欄に記載して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒 |
|  | 電話番号： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 取下げをする申請の区分 | １　要介護認定・要支援認定２　要介護状態区分の変更３　サービス種類の指定変更 | 申請日 | 令和　年　月　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 取下げの理由 |  |