

介護保険 要介護・要支援認定申請書の取り下げ書

中泊町長様

取り下げ日 令和 年 月 日

令和 年 月 日付で中泊町に申請した介護保険要介護・要支援認定申請について、下記のとおり取り下げます。

被保険者番号	
氏名	印
生年月日	明大昭年月日
住所	〒
電話番号	
取り下げる理由	

申請代行者 ※事業所が代行申請する場合は事業所名も記入	住所 氏名 印 電話番号
--------------------------------	-----------------------