

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