**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 |