介護保険　要介護認定・要支援認定（更新・変更）申請取り下げ書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　白子町長　様　次のとおり申請を取り下げます。 | 申請取り下げ年月日 | 年　　月　　日 |
| 提 出 代 行 者 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 名称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）印　 |
| 住所 | **〒**　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　　　・　　　女 |
| 住所 | **〒** | 電話番号 |  |
| 申請取り下げ理由 |  |