

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請取下書

つくばみらい市長 様

令和 年 月 日介護保険の認定申請(新規・更新・変更)をしましたが、下記の理由により申請を取り下げします。

被 保 険 者	被保険者番号														取下年月日	令和 年 月 日
	フリガナ													生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名													性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒 つくばみらい市 電話番号 0297－ －														

※ 申請するときは、被保険者証を提示してください。

取り下げ理由(具体的に記入してください)

本人氏名または代理人の住所・氏名

住所
氏名
電話番号 0297－ －

〔市記入欄〕

確認者印	備 考	受付印
	☐ 取下申請であることの確認 ☐ 被保険者資格 ☐ 取下理由	