

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

年 月 日

(宛先) 新発田市長

次のとおり、 年 月 日付けの要介護認定・要支援認定の申請を取下げします。

申請者	※申請者が被保険者本人の場合、提出代行者名称、申請者住所、電話番号は記載不要			
	申請者氏名		本人との関係	
	提出代行者名称	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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)		
	申請者住所	〒 (電話番号)		
被保険者	フリガナ			
	氏名	被保険者番号		
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	新発田市 町 丁目 番 号 番地		
取下げの理由				

担 当			受 付
調査	入力	意見書	

備 考	
--------	--