介護保険(要介護認定・要支援認定等)申請取下書

始良・伊佐地区介護保険組合　管理者　殿

令和　　年　　月　　日に行った介護保険(新規認定・更新認定・区分変更)申請について，次のとおり取り下げます。

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	〒　　－ (電話番号　　－　　)		
提出者※	氏名及び事業者名	(地域包括支援センター・指定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・指定療養型医療施設) ㊞		
	住所	〒 (電話番号　　－　　)		
	被保険者との関係	家族(　　)　地域包括支援センター　居宅介護支援事業者 介護保険施設　その他(　　)		

※提出者が本人の場合は記載不要

取り下げる理由	