介護保険 〔要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定〕 申請取下申出書

年　　月　　日

鯖　江　市　長　　様

取下申出者氏名

取下申出者住所

電　話　番　号

被保険者の代理人の場合は被保険者との関係

次のとおり要介護・要支援（更新）認定申請を取下げたく申し出ます。

なお、この申請取下げについては、担当している居宅介護支援事業者・介護サービス事業者に連絡済みです。

被保険者番号		申請年月日	年　　月　　日
ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
被保険者氏名		性　　別	男　・　女
被保険者住所	〒 電話番号		
取　下　理　由			
在宅・施設の区分	1　在　宅 2　介護保険施設入所 3　その他（　　）		
担当居宅介護支援事業所	有・無	名　　称	
		住　　所	

介護保険によるサービス受給の有無および内容	有・無	受給サービス内容	サービス事業所名称・住所	サービスの種類	サービス受給日

添付書類	①　介護保険資格者証