

介護保険認定申請取り下げ申請書

年 月 日

西桂町長 様

次のとおり申請します。

被 保 險 者	被保険者番号			
	フリガナ	性別		男・女
	氏名	生年月日	大・昭 年 月 日	
	住所	〒		
申請者	電話番号			
	氏名	被保険者との関係		
	住所	〒 一		
提出代行者	電話番号			
	事業所名	該当に○ (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 ・ 介護医療院 ・ 地域包括支援センター)		
	住所	〒		
取り下げ理由	(1) 状態が回復したので申請を取り下げます。			
	(2) 状態が安定していないので申請を取り下げます。			
	(3) 諸事情により申請を取り下げます。			
	(4) その他()			