

支所受付印	本庁受付印

## 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請取下届出書

神石高原町長 様

年 月 日に行った介護保険法に基づく要介護認定等の申請を取下げます。

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係
申請者住所	〒	
	電話番号	

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号												
	個人番号												
	被保険者氏名	フリガナ						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
								性別	男 ・ 女				
	住所	〒											
		電話番号											

理由(該当する項目に✓を付けてください。)

<input type="checkbox"/> サービス利用予定がないため <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )
---