|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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****要介護度認定変更** | **申請取下書** |

**空知中部広域連合長　様**

**次のとおり取り下げます。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **取下年月日** | **令和　　年****月　日** |
| **取下者氏名** |  | **本人との関係** |  |
| **取下代行者****名　　　　称** | **（ 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・介護老人保健施設・介護医療院）** |
|  |
| **取下者住所** | **〒****－****電話番号（　　　　）　　　－** |
| **＊取消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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **生年月日** | **明・大・昭****年**　　　　**月**　　　　**日** |
| **氏　　　　名** |  |
| **住　　　　所** | **〒　　　　　－****電話番号（　　　　）****－** |

**取り下げ理由**

|  |
| --- |
|  |