

介護保険要介護認定等申請取下書

大津市長

年 月 日に_____が行った要介護認定等の申請について、次のとおり取下げます。(※できるだけ認定申請を行った人が取り下げてください)

申出年月日： 年 月 日

取下申出者	フリガナ		被保険者との関係 1 本人 2 代理人(親族) 続柄 () 3 その他代理人 ()
	申出者氏名		
	申出者住所	[※申出者が被保険者本人の場合、この欄は記載不要です。] (〒 -) (電話番号 - -)	
	認定申請者と取下申出者が異なる場合、その理由	[※認定申請者と取下申出者が異なる場合のみ記入してください]	

被保険者	被保険者番号										
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	被保険者氏名										
	被保険者の住所	(〒 -)		(電話番号 - -)							
取下げの理由											