

## 介護保険要介護認定・要支援認定等申請取下書

大里広域市町村圏組合管理者 宛  
次のとおり申請を取り下げます。

◎太枠線内を記入してください。

申請者	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行業者	取下年月日	年   月   日	
	フリガナ				
	氏名 又は事業者名称	(本人・家族の方は押印不要です。)			
	住所	(本人・同居の家族の方は記入不要です。)			
		〒	電話番号 (   )		

被 保 険 者	被保険者番号		(不明の場合は記入不要です。)			
	フリガナ		生年月日	年   月   日		
	氏名		性別	男 ・ 女		
	住所	〒	電話番号 (   )			
	転出の場合 予定住所		電話番号 (   )			
	取下理由					

<事務処理欄>

申請年月日	年   月   日	(備 考)
受付番号		