

## 介護保険（要介護認定・要支援認定）申請の取下げ書

明 和 町 長 あて

次のとおり要介護認定・要支援認定の申請を取下げします。

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 邑楽郡明和町 番地 電話番号 ( )		
申 請 代 理 者	氏 名	印	被保険者との続柄	
	住 所	〒 電話番号 ( )		

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）		
	所在地	〒 電話番号 ( )		

取下げの年月日	年 月 日
取下げの理由	

問い合わせ先  
明和町介護福祉課介護保険係  
邑楽郡明和町新里250番地1  
TEL 84-3111