

介護保険 要介護・要支援認定等申請取下げ申請書

フリガナ	マイツル タロウ	保険者番号		2	6	2	0	2	2			
被保険者氏名	舞鶴 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	大昭和11年11月11日生	性別	男・女									
理由	(取下げを希望する理由をご記入ください)											

舞鶴市長様

私は、上記の理由により令和×年×月×日に申請しました要介護・要支援認定等の申請の取下げを求めます。

令和×年×月×日

住所 舞鶴市 字北吸1044番地

申請者(被保険者)

電話番号 090(1234)5678

氏名 舞鶴 太郎

申請の際にお渡しした
介護保険資格者証を
お持ちであれば
添付してください。

市記入欄

- 被保険者証等 返付
 入力
 連絡 (主治医 調査員)