

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

申請取下げ申請書

江 差 町 長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0					取下げ年月日	年 月 日			
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏 名											年 齢	歳	性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒										電話番号				

※ 家族、代理人が本人に代わり申請する場合は、以下の欄も記載してください。

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ [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・指定介護療養型医療施設]											
	住 所	〒										電話番号	

取 下 げ を 要 す る 理 由	
---	--

※被保険者が死亡等の場合は代筆となるため、本人氏名欄及び代筆者氏名を記載してください。

代筆者氏名

本人氏名