



介護保険 要介護認定・要支援認定等申請取下げ書

美郷町長 様

令和 年 月 日付で申請しました要介護認定・要支援認定等について、次のとおり申請を取下げします。

		取下げ年月日	令和 年 月 日
申請者	氏名		本人との関係
	住所	〒 ー 宮崎県東臼杵郡美郷町 電話番号 ()	
提出 代行者	名称		印
	住所	〒 ー 宮崎県東臼杵郡美郷町 電話番号 ()	

※取り下げ申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日					
		性別	男 ・ 女								
	住所	〒 ー 宮崎県東臼杵郡美郷町 電話番号 ()									
取下げ理由 (該当理由を○で 囲んでください)	<input type="radio"/> 入院したため <input type="radio"/> 死亡により (令和 年 月 日 死亡) <input type="radio"/> その他 ()										