|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　　長 | 課長補佐 | 介護認定係　　長 | 担　　当 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 入力 | 被保証 |
| Ｎ | Ｆ |
| ／ | ／ | ／ |

|  |  |
| --- | --- |
| 収受日 | .　　. |
| 起案日 | .　　. |
| 分類番号 | Ｇ-0303 |
| 保存期間 | 常　永　10　5　1 |
| 公開・非公開 | 公開・非公開7-（1） |
| 決裁日 |  |
| 文書番号 | 高介第　　号 |
| 施行日 |  |

　令和　　年　　　月　　　日

**介護保険要介護要支援認定申請取下書**

（宛先）高 松 市 長

　　　年　　　月　　　日付けで行った申請を次のとおり取下げします。

【受任者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 被保険者との関係 |  |
| 氏 名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　 |
| 提出代行者の名称・所在地・電話番号 | 該当するものに○（地域包括支援センター・指定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・介護医療院・指定介護療養型医療施設）　　　 |

【委任者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　 年 月 日 |
| 氏 名 |  印 |
| 住 所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　 |
| 取　下　理　由 |  |

（死亡による取下げの場合、被保険者の印は不要です。）