

| | | | |
|----|------|--------|----|
| 課長 | 課長補佐 | 介護認定係長 | 担当 |
| | | | |

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

| | |
|--------|--------------|
| 收受日 | |
| 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 | |

年 月 日

介護保険要介護認定申請取下書
要支援

(宛先) 高松市長

〇〇年 〇〇月 〇〇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 | タカマツ ハナコ | 被保険者との関係 | 妻 |
| | 氏名 | 高松 花子 | | |
| 住所 | 〒760-8571 | 高松市番町一丁目8番15号 | 実際に申請に来られる方の氏名、住所等を記入してください。 | |
| | 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) | | | 印 |
| 事業所による代行申請の場合は、事業所の名称、所在地、電話番号を記入してください。 | | | | |

【委任者】

| | | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|---|----------------|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | | |
| | フリガナ | タカマツ タロウ | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 2年 3月 4日 |
| | 氏名 | 高松 太郎 | | | | | | | | | | 印 | |
| 住所 | 〒760-8571 | 高松市番町一丁目8番15号 | | | | | | | | | | 被保険者の氏名は、自署又は記名押印してください。(死亡の場合は押印不要です。) | |
| 取下理由 | 本人死亡のため | | | | | | | | | | 取下理由を記入してください。 | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | 087-839-2326 | |

(死亡による取下げの場合、被保険者の印は不要です。)