

市町村コード

34210

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

帳票ID

034

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下書

取下申出年月日 令和 年 月 日

庄 原 市 長 様

平成・令和 年 月 日に申請をしました介護保険要介護・要支援認定申請書につきましては、取り下げます。

申出人氏名	⑨	本人との関係	
申出人住所	〒 電話番号 ()		

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	被保険者氏名		〒 電話番号 ()	
	住所			

申出人が被保険者本人の場合、申出人住所・電話番号は記載不要

※ 庄原市記入欄（記載不要）

主治医意見書	入手済	未入手
訪問調査票	入手済	未入手

取下理由 聞き取り欄	
---------------	--