



# 介護保険 要介護認定・要支援認定等申請取下げ書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

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	年 月 日
申請者	氏名	本人との関係	
	住所	〒 ー 秋田県 電話番号 ( )	
提出 代行者	名称	印	
	住所	〒 ー 秋田県 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 秋田県 電話番号 ( )									
取り下げ理由 (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 ( 年 月 日 死亡 ) <input type="radio"/> その他 ( )										