

様式第7号

介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請取下げ書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり介護保険要介護・要支援認定申請を取下げます。

		取下げ年月日	年 月 日
申請者氏名	㊟	被保険者との関係	
申請代行者所属名称	該当に○ (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・指定介護療養型医療施設) ㊟		
申請者住所	〒 電話番号 ー		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭 年月日
	住所	〒 電話番号 ー		

理 由	