

介護保険要介護認定・要支援認定等申請取下書

年 月 日

八 丈 町 長 殿

次のとおり申請を取下げます。

被 保 険 者	被保険者番号	*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									
	フリガナ					生年月日	年 月 日				
	氏 名					性 別	男 ・ 女				
	住 所	〒 電話番号									
	対象となる 申請の種類 (該当に○)	1 要介護(要支援)認定申請    2 要介護(要支援)更新認定申請 3 要介護(要支援)認定変更申請    4 その他( )									
	申請取下げの 理 由	1 介護(予防)サービスを必要としていないため 2 現在入院中のため 入院日 年 月 日 / 医療機関名 病院・医院 3 その他( )									

本人氏名  
(被保険者)

代理人氏名