

様式第7号(第17条関係)

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	(印)	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) (印)		
申 請 者 住 所	〒	電話番号	—

※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	—					

理 由				