	課長	課長補佐	課長補佐	主査	本庁担当	支所担当	受付者	
決裁								
茲								



## 介護保険(要介護認定・要支援認定)申請取下書

## 美咲町長 様

申請者	氏名または	定療	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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・介護医療院) 本人との関係														
	住	所	<del> </del>		咲町	<u>-</u>				電	話番号	• (	)	_			
被保険者番号		6	6								性別	IJ	男		カ タ	<u> </u>	
被保険者氏名										生年	月日		年	年 月 日			
被保険者住所		電話番号 ( ) -															
申請取下理由		1 現在の身体状況において、介護(予防)サービスの必要がないため。 2 被保険者本人が死亡したため。 3 その他( )										)。					
先に申請しました介護保険要介護認定・要支援認定について、上記の理由により取り 下げます。																	
	年		,	月		日											
被保険者氏名									者氏名								
			代筆者														
										(被保険者との関係: )							