令和　　　年　　　月　　　日

北　上　市　長　様

申出者　　住　　所

氏　　名

電話番号

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げの申出書

令和　　年　　月　　日に行った介護保険要介護認定・要支援認定申請について、

下記のとおり取下げます。

記

１. 申請を取下げる被保険者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 氏名 |  |

２．取下げ理由（該当するものに〇をつけてください）

|  |
| --- |
| (１)　介護サービスの利用予定がないため（２） 心身の状態が安定していないため（３） 被保険者の死亡または転出（４） その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |