

# 介護保険認定申請取下げ書

ひたちなか市長 殿

被 保 険 者	被保険者番号																		取下げ申請 年月日				年	月	日
	フリガナ														生年月日				年	月	日				
	氏名														性別				男	・	女				
	住所	〒 茨城県ひたちなか市													電話番号										

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・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、介護医療院）		
申請者住所	〒		
	電話番号 ( )		

取下げ理由	
-------	--