様式第６号の２(第７条関係)

介護保険要介護認定等申請取下げ書

年　　月　　日

　名寄市長　様

住所

氏名

(届出人が代理人の場合は、代理人の住所氏名を記載)

　　　年　　月　　日付けで行った要介護認定等の申請を下記により取り下げます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 取下げ年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※　以下の欄は記入しないでください。

名寄市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 処理年月日 | 年　　　月　　　日 |