介護保険（要介護認定・要支援認定）申請取下げ書

吉野川市長　様

次のとおり申請を取下げします。

申請取下げ年月日	令和　　年　　月　　日

※「申請者」が被保険者の場合は記入不要です。

申請者	氏　名		被保険者との関係	
	住　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－		

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏　　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　　別	男　・　女
	住　　所	〒　　－ 吉野川市 電話番号（　　）　　－		

申請取下げ理由 （該当する項目に○）	1　入院のため。 2　申請時より状態が変わったため。 3　介護サービスを利用する予定がなくなったため。 4　その他 （　　）