介護保険（要介護認定・要支援認定）申請取り下げ願い

　　年　　月　　日

かすみがうら市長　様

　　年　　月　　日付けで申請しました介護保険（要介護認定・要支援認定申請）を下記により取り下げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 理　由 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 | 個人番号 | |
| 氏　　名 | 生年月日  明治・大正・昭和  　　　年　　月　　日 | 性別  男　・　女 |
| 住　　所 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代　理　人 | 氏　　名 | 被保険者との関係（続柄） |
| 住　　所 | |