

# 介護保険要介護認定申請取下申出書

年 月 日

会津若松市長 室井 照平 様

取下申出者住所

取下申出者氏名

電話番号

※ 申出者が家族の場合、印は不要です。

年 月 日付で提出しました下記の被保険者に係る介護保険要  
介護認定申請について取り下げいたします。

## 記

|        |    |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|----|----|----|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 |    |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名     |    |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所     |    |    |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 明治 | 大正 | 昭和 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 【取下申出事由】

---

---

---

---