

介護保険認定申請取り下げ書
【記入例】 ※赤字を参考にご記入ください

新見市長 様

次のとおり取り下げします。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	取り下げ 年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	フリガナ	にいみ たろう	生年月日	大正 11 年 11 月 11 日
	氏 名	新 見 太 郎 (印)	性 別	(男) ・ 女
	住 所	〒 718-8501 新見市新見310-3 電話番号 0867-72-6206		
提 出 代 行 者	名 称	新 見 一 郎		
	住 所	〒 718-8501 新見市新見310-3 電話番号 0867-72-6206		
取り下げ理由 (該当する項目に○して下さい)				
<input type="checkbox"/> 本人転出により				
<input type="checkbox"/> 本人死亡により				
<input type="checkbox"/> 本人治療中により				
<input checked="" type="checkbox"/> その他(介護サービスの利用予定がなくなったため)				
現在サービスを			利用している	(利用していない)
			確 認 者	