様式第６号（第10条関係）

介護保険要介護・要支援認定申請取下げ書

　　　魚津市長　　　　　　　　　あて

　　　　　　年　　月　　日付けで申請した要介護・要支援認定申請については、下記により取下げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 取下げ年月日 | 　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　 | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　―　　　　　　　 |
| 取下げ理由 |  |

　※代理人記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |