

介護保険申請取り下げ書

須賀川市長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号														申請取り下げ日	年	月	日
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名												性別	男	・	女		
	住所	〒											電話番号					

取り下げ事由

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)																印					
	住 所	〒																電話番号					