介護保険要介護認定申請書取下げ願い

（取り下げ申請年月日）　　令和　　年　　月　　日

丹波市長　　様

取下げ願い提出者

住　所

氏　名

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

連絡先（　　）　　－

次のとおり、下記被保険者に係る介護保険要介護認定申請書について、取下げをお願いいたします。

記

要介護認定申請年月日	令和　　年　　月　　日	被保険者番号	
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
被保険者氏名		性　　別	男　・　女
住　　所	〒 電話番号		
取下げの理　　由			

※取下げ処理してよろしいか。　　令和　　年　　月　　日

決裁	課長	副課長	係長	係員	審　　査	処　　理　　日
					可　・　否	令和　　年　　月　　日