**介護保険要介護・要支援認定**

**申請取下げ・認定取消し申請書**

次のとおり、要介護認定・要支援認定申請の取下げ又は認定の取消しを申請します。

**下記のどちらかに〇をつけてください。**

**１　現在の申請の取下げ**

**２　現在の認定の取消し**

|  |  |
| --- | --- |
| 取下げ又は取消し申請年月日 | 令和　 年 　 月　 日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒 電話番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | フリガナ | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 生年月日 |  大・昭 年 月 日 | 性別 |  男 ・ 女 |
| 住所 | 〒  電話番号 |
| 理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |