介護保険（要介護認定 ・ 要支援認定 ・ 区分変更）申請取下げ書

阿賀町長　様

年　　月　　日に行った申請を、下記のとおり取り下げます。

<table>
<tr><td>取下年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請者※</td><td>氏　　名</td><td></td><td>被保険者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="3">（□地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□介護老人福祉施設
□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□介護医療院）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
電話</td></tr>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>（フリガナ）
氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>大 ・ 昭
年　　月　　日（　　歳）</td><td>性　別</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
電話</td></tr>
</table>

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号の記載は不要です。

【取　下　理　由】