

# 介護保険 要介護（支援）認定申請取り下げ書

令和 年 月 日

湯前町長 様

住所 球磨郡 番地

氏名

(本人との関係 )

次の申請を取り下げます。

申請年月日	令和 年 月 日											
申請者氏名								本人との関係				
提出代行者氏名	該当に○ (居宅介護支援事業所・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・地域包括支援センター)											
申請者住所	〒										電話番号	
被 保 険 者	被保険者番号											
	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
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援 1 2					
		有効期間		年 月 日から 令和 年 月 日								
介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)	有	入所施設名										
		所在地										
	無											