介護保険　要介護･要支援認定等申請取下げ　申請書

龍郷町長　殿

私は、下記の理由により　要介護･要支援認定等申請の取下げを申出ます。なお、申請代行及びケアプランの作成を依頼した居宅介護支援事業者や介護サービス事業者等には私（申出者）から連絡いたします。

申出者	被保険者番号	5 2 7 0 0	申請年月日	令和　年　月　日
	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		
	現在の要介護･要支援認定の内容	申 請 日	令和　年　月　日	
		要介護･要支援等状態区分	要介護区分1･2･3･4･5　要支援区分1･2	
		有効期間	平･令　年　月　日 ～ 平･令　年　月　日	

（申請者と同じ場合は記載不要）

提出者	名　称	
	住　所	〒 電話番号
	申出者との関係	家族（　　）・居宅介護支援事業者 介護保険施設・その他（　　）

取　下　理　由	

お願い　申出時には交付済みの認定結果通知書及び介護保険被保険者証を添付してください。

問い合わせ先
龍郷町役場　保健福祉課　介護保険係
電話　0997－62－3111