介護保険要介護・要支援認定申請の取り下げ申出書

　年　　月　　日

高　岡　市　長　　あて

住所

申請者氏名

(本人との関係　　　　　　　　)

下記のとおり介護保険要介護・要支援認定の申請について取り下げを申し出ます。

１　申請理由

□　症状・状態等の悪化のため。

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　電話番号　　　　(　　　) |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |

※申請のとき提出された『被保険者証』は、後日返送いたします。

〈被保険者証返送先〉

　　□　被保険者証の返送を希望しない

　　□　上記被保険者住所へ被保険者証の返送を希望する

　　□　上記被保険者住所以外へ被保険者証の返送を希望する

　　　　※被保険者住所以外へ被保険者証の返送を希望する場合のみ、下記氏名と住所に記入ください。

（氏名）

　　〒