介護保険（要介護認定・要支援認定）申請の取り下げ書

大泉町長　様

次のとおり要介護認定・要支援認定の申請を取り下げします。

被保険者	被保険者番号		申請年月日	令和　　年　　月　　日
	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		
申請者	氏　　名		被保険者との続柄	
	住　　所	〒 電話番号		

提出代行者	名　　称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） 印
	住　　所	〒 電話番号

取り下げの年月日	令和　　年　　月　　日
取り下げの理由	