

介護保険 要介護・要支援申請取下げ申出書

令和 年 月 日

(あて先) 南阿蘇村長

下記のとおり、令和 年 月 日付 要介護・要支援認定(区分変更)申請の取下げを申し出ます。

被保険者	氏名		被保険者番号	0	0	0	0							
	性別	男 ・ 女	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日										
	住所													

申出者(本人以外)	家族ほか	氏名 (別世帯の方は住所もご記入ください)	本人との関係	<input type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> その他代理人 ()
	代行事業所 ・ 代理事業所	名称・所在地・電話番号・担当介護支援専門員名		

取下げ理由	
-------	--

本人・家族の同意	有
サービス利用の有無	有 ・ 無

健康推進課	確認	受付・入力