介護保険〔要介護認定・要支援認定〕

申請取り下げ書

福津市長　様

LP

MC

次のとおり申請を取り下げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 認定申請年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 |
| 性　別 | 男　・　女 |
| 被保険者番号 |  |
| 認定申請書提出者氏名 |  |
| 申請取り下げ事由 | 転出　　　死亡　　　入院 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 届出日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 記入者氏名 |  |
| 被保険者との関係 | 家族（続柄　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※提出者氏名 |  |

※「提出者氏名」については、記入者氏名と異なる場合のみ記入する。