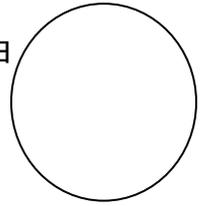


受付日



要介護・要支援 認定申請取下げ書

加古川市長 様

令和 年 月 日 付で提出した認定申請を取り下げます。

①被保険者

| | | | | | | | | |
|------|--|--------|----|---|----|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 大正 | ・ | 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | |

②取り下げ理由

③この取下げ書を提出される方

| | |
|----------|--|
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 氏名 | |
| 被保険者との関係 | |