

# 書き方見本

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書

〇〇年〇〇月〇〇日

藤 沢 市 長

申 出 者  
(代 行 事 業 者) **藤 沢 太 郎**

住 所  
(所 在 地) **藤 沢 市 朝 日 町 1-1**

電 話 番 号 **0466-25-1111**

次のとおり、介護保険要介護認定・要支援認定申請を取下げます。

介護保険要介護認定 ・要支援認定申請日		〇〇年〇〇月〇〇日									
取 下 げ 対 象 者 (被 保 険 者)	被 保 険 者 番 号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	氏 名	<b>藤 沢 太 郎</b>									
	生 年 月 日	明・大・昭 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日									
	住 所										
	電 話 番 号										
取 下 げ 理 由											

(事務担当) 藤沢市役所 介護保険課  
0466-50-3527(直通)

← 申請書の提出年月日は、西暦又は元号のどちらでも構いません。

← 申請者の氏名・住所・電話番号を記載してください。

※申請者が事業者の場合は、事業者名・所在地・電話番号を記載してください。

← 取下げようとしている介護保険要介護認定・要支援認定申請書の申請年月日を記載してください。

← 本人の被保険者番号を記載してください。

← 本人の氏名・生年月日・住所・電話番号を記載してください。

← 取り下げる理由を記載してください。

\*この申請書を提出する際は、**資格者証**を持参してください。