

介護保険（要介護認定・要支援認定）取下げ申請書

（宛て先） 田辺市長

次のとおり介護保険（要介護認定・要支援認定）申請を取り下げます。

被 保 険 者	被保険者番号				申請年月日
	個人番号				
	フリガナ				令和 年 月 日
	氏 名				
住 所		電話番号			

提 出 代 行 者	名 称	<small>該当に○</small> （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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院・小規模多機能型居宅介護支援事業者・認知症対応型共同生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・看護小規模多機能型居宅介護）
	住 所	〒 電話番号

令和 年 月 日

申請者氏名

※この申請により取得した個人情報は、田辺市個人情報保護条例に基づき、適切に取り扱います。