

介護保険申請取下申出書

年 月 日

長岡市長様

次のとおり取下げを申し出ます。

申請者	氏名		本人との関係	本人 代理人	家族
	住所	申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒 電話番号			
提出代行者 住所・名称	該当に [地域包括支援センター、指定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・その他] 〒 電話番号				

取下げをする申請書			取下げをする 申請書の申請日				年 月 日				
被 保 険 者	被保険者番号										
	氏 名					性 別	男 ・ 女				
						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
住 所	〒 電話番号 () -										

取下理由（該当する番号に を付けてください。）

1 市外転出

2 死 亡

3 そ の 他 （理由： ）