

様式第6号（第10条関係）

介護保険 要介護・要支援認定申請取下げ書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

年 月 日付けで申請した要介護・要支援認定申請については、下記のとおり取下げます。

取下げ年月日	年 月 日										
被保険者番号											
個人番号											
被保険者氏名	印						性別		男・女		
住所											
生年月日	年 月 日										
電話番号	() -										
取下げ理由											

*代理人記入欄（記入者が被保険者本人の場合は、記載不要）

氏名											
住所											
電話番号											

様式第6号（第10条関係）