

令和 年 月 日

日光市長様

申請者住所

氏名

(電話

)

介護保険(要介護・要支援認定)申請取下届

令和 年 月 日付けで申請した介護保険(要介護・要支援認定)申請について、都合により取り下げたいのでお届けします。

被 保 険 者	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	住所				
取 下 理 由	1. 本人転出のため 2. 介護サービス利用の予定がないため 3. 医療機関入院のため 4. 本人死亡のため 5. その他()				

(※市記入欄)

被保険者番号	保険証 発行	調 査 キャンセル	意 見 書 キャンセル	T A S K 入 力	アイラビット 入 力	備 考