年　　　月　　　日

要介護等認定申請取り下げ願

土佐清水市長　様

　　　　年　　　月　　　日付で申請した要介護等認定については、取り下げを

いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 被保険者住所 |  |
| 連 　絡 　先 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 取り下げ理由 |  |

※代理人による場合は、記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代理人住所 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 連　絡　先 |  |