**介護保険　要介護認定・要支援認定申請取下依頼書**

令和　　年　　月　　日

中津川市役所　介護保険課　宛

FAX:0573-62-0058

住　　所

氏　　名

【ケアマネ経由の場合】

事業所名：

担当者名：

令和　　年　　月　　日に申請しました要介護・要支援認定申請を下記により取下げを依頼します。



取下げ理由

　本人の意思により取り下げ

　家族の意思により取り下げ

　本人死亡による取り下げ

　その他の理由による取り下げ

（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

該当する理由の　にチェックを入れてください。

**※ＦＡＸで送付される場合は、氏名の欄は記入せず、被保険者番号のみ記入してください。**

**※取り下げ依頼書提出後の再提出はできません。**

≪市記入欄≫以下は記入しないでください。

決済欄