介護保険（要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定）取り下げ申請書

申請日	令和　　年　　月　　日

甲賀市長　あて

介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定申請をしましたが下記のとおり取り下げます。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒　　－ 電話番号　　－　　－		

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年 月　　日
	氏　　名		性　　別	男　・　女
	住　　所	〒　　－ 電話番号　　－　　－		

取り下げ理由	

・・・・・甲賀市確認欄（以下の欄は記入する必要がありません）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

受　付	認定調査員	□連絡済　□未連絡　□回収	取り下げ入力
	主治医意見書	□破棄依頼済　□回収	□入力済　□未入力
	被保険者証	□発行済　□未発行	