介護保険（要介護認定・要支援認定）取下げ願

（あて先）高 浜 市 長
次のとおり申請します。

			申請年月日	令和　　年　　月　　日
申請者	氏　　名		本人との関係	□本人 □その他 （　　）
	住　　所	〒　　電話番号（　　）　　－		

※　申請者が被保険者本人の場合は，住所欄の記載は不要です。

対象被保険者	被保険者番号			
	フリガナ		生年月日	□明治　□大正　□昭和 年　　月　　日 （　　歳）
	氏　　名		性　　別	□男　・　□女
	住　　所	〒444－13　　電話番号（　　）　　－ 高浜市　　町　　丁目　　番地		

取下げ理由	□　急病により入院した為 □　死亡した為 □　その他 （　　）