

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請取り下げ申出書

（あて先）北名古屋市長

年 月 日

申出者 住所 _____
氏名 _____

下記のとおり、要介護認定（要支援認定）の申請を取り下げます。

| | | |
|------------------|--------|-----------------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 住所 | 〒 _____ |
| | 電話番号 | (_____) _____ |

| | |
|----------|--|
| 取り下げする理由 | |
|----------|--|