介護保険（要介護・要支援）認定申請取下届

浜 松 市 長　　様

介護保険要介護・要支援認定申請を取り下げるので次のとおり届け出ます。

届　出　年　月　日	令和　　年　　月　　日		
認定申請提出年月日	令和　　年　　月　　日		

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	〒 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	〒 浜松市 電話番号（　　）　－											

取下げ事由　下記のいずれかに○を付けてください。

1 介護保険施設以外の医療機関入院（中）

2 その他（　　）

処理	受　理	入　力	調　査	主治医