

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 ] 取下げ申請書

福岡県介護保険広域連合長 様  
次のとおり、取下げ申請します。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名			本人との関係		
提出代行者 名称	該当に○(居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・指定介護療養型医療施設)				
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
	被保険者氏名			性別	男	・ 女
	住 所	〒				
				電話番号( )	-	

取下げの理由