

年 月 日

介護保険（要介護認定・要支援認定）取下げ申出書

坂出市長 殿

住 所

施設・事業所名

取下申請者 氏 名

（ 本人 ・ 家族 ・ ケアマネ ・ 施設職員 ）

年 月 日付けで行った下記対象者に関する介護保険（要介護認定・要支援認定）申請について、本人同意の上、取下げを申し出いたします。

なお、この取下げ申出書によって生じた問題等については、取下申請者が責任を持って対処し解決いたします。

【 認定取下げ対象者 】

氏 名 :

住 所 : 坂 出 市 町

(被保険者番号)

【 認定取下げ理由 】

市確認欄（受付： ）

申請者への伝達確認

主治医意見書（入手済・HP破棄・市で破棄・本人破棄）

調査（未・済） LP アクセス MCWEL