

介護保険要介護（要支援）認定申請の取下げ書

年 月 日

（あて先）小金井市長

年 月 日付で介護保険要介護認定・要支援認定申請をしましたが、この件については、取下げします。

提出する人（被保険者本人の場合は記入不要）	
フリガナ	
氏 名	被保険者との関係（ ）
住 所	〒 電話番号（ ）

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号												
	フリガナ												
	氏 名												
	生 年 月 日												
	住 所	〒 電話番号（ ）											

【申請取下げ理由】（該当するものに☑、その他の場合はかっこ内に理由をご記入ください。）

- 介護保険サービスを利用する予定がないため
- 資格喪失（転出）のため
- 状態改善のため
- その他

()