年　　　月　　　日

愛別町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者番号

（代　筆）

**介護保険要介護認定・要支援認定等の申請取下げについて**

　　年　　月　　日付けで申請いたしました、「介護保険要介護・要支援認定申請」を下記事由により取下げいたします。

（理　由）