

様式第9号（第15条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定等申請取下書

年 月 日

（宛先）さいたま市長

次のとおり申請を取下げます。

フリガナ		被保険者番号																	
被保険者氏名		性別	男 ・ 女																
住 所																			
生年月日	年	月	日	電話番号	()														
取下げ理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出（転出先住所：) <input type="checkbox"/> 身体機能の改善 <input type="checkbox"/> その他（理由：)																		

※ この申請書に「介護保険資格者証」を添付してください。

申請者	<input type="checkbox"/> 被保険者（「被保険者」の場合は、以下の記入は不要） <input type="checkbox"/> 代理人																		
	氏 名 （事業所名）		事業所番号																
				被保険者との関係															
	住 所 （所在地）																		
			電話番号	()															