様式第9号

介護保険要介護認定・要支援認定等申請取下書

八 丈 町 長　　殿

次のとおり申請を取下げます。

被保険者	被保険者番号			＊申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要
	個人番号			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒　　-		
		電話番号		
	対象となる申請の種類（該当に○）	1　要介護（要支援）認定申請　2　要介護（要支援）更新認定申請 3　要介護（要支援）区分変更認定申請）　4　その他（　　）		
	申請取下げの理　由	1　介護（予防）サービスを必要としていないため 2　現在入院中のため 入院日　　年　月　日／医療機関名　　病院・医院 3　その他（　　）		

年　月　日

本人氏名　　印
（被保険者）