第３号様式

介護保険申請取下申出書

年　　月　　日

長 岡 市 長　様

次のとおり取下げを申し出ます。

申請者	氏名		本人との関係	□本人　□家族 □代理人
	住所	※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 〒 電話番号		
提出代行者 住所・名称		該当に○ （地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設・介護医療院・その他） 〒 電話番号		

取下げをする申請書					取下げをする 申請書の申請日		年　月　日				
被保険者	被保険者番号										
	氏　名					性　別	男　・　女				
						生年月日	大・昭　年　月　日				
	住　所	〒 電話番号（　　）　－									

取下理由（該当する番号に○を付けてください。）

1　市外転出

2　死　亡

3　そ の 他　（理由：　　）