介護保険要介護（要支援）認定申請取下げ届出書

被保険者	フリガナ			被保険者番号	
	氏　　名			生年月日	明・大・昭　年　月　日
				性　　別	男　・　女
要介護（要支援）認定状況		認定年月日	令和　　年　　月　　日	要介護度	要介護　・　要支援
		有効期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日		
取り下げの理由		1　医療保険の訪問看護のみを利用するため。 2　その他（理由を記載してください。）			

（あて先）　桐生市長

上記のとおり要介護（要支援）認定申請を取り下げることを届出します。

令和　　年　　月　　日

被保険者

住所

氏名　　電話　　－

（ご注意）1　この届出書は、要介護（要支援）認定申請書を提出した後、認定結果が市から通知される前に取り下げをするときに提出してください。

2　要介護（要支援）認定申請時に医療機関が作成した意見書の作成料を自己負担していただくことがあります。