介護保険 〔 要介護認定・要支援認定　等 〕 申請取下げ書

（あて先）函 館 市 長

私は，平成・令和　　年　　月　　日付けにて，介護保険法に基づく要介護・要支援認定の申請を行いましたが，下記の理由により，本申請を取下げします。

			届出年月日　令和　年　月　日
届出者氏名			本人との関係
届出者住所	〒　－ 電話番号		
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		
被保険者 フ　リ　ガ　ナ		生年月日	明・大・昭　　年　月　日
被保険者 氏　　名		性　別	男　・　女
被保険者 住　　所	〒　－		

取下げ理由

委　任　状

令和　　年　　月　　日

（あて先）函 館 市 長

委任者　住所　函館市　　町　丁目　　番　　号
　　氏名

私は，上記の取下げにあたり，取下げに係る一切の権限を次の者に委任いたしました。

受任者　住所　　町　丁目　　番　　号　　委任者との関係（　　）
　　氏名　　電話番号　　－　　－