

令和 年 月 日

会津坂下町長 様

介護保険申請の取り下げについて

介護保険の申請をいたしました但、下記の理由により取り下げいたします。

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	令和 年 月 日
	フリカナ		性別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号		
	取り下げの理由			

住 所

氏 名

印

(被保険者との関係

)