様式第14号の２

介護保険要介護認定・要支援認定申請取下届出書

米沢市長　あて
次のとおり届け出ます。

			届　出　日	年　　月　　日
届出人	氏名		対象者との関係	
	住所	〒 電話番号　　（　　）		

※届出人が申請を取り下げたい方本人の場合、住所・電話番号は記載不要

申請を取り下げたい方	被保険者番号			
	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　　（　　）		
	取　下 理　由			

以下は記入しないでください。

申　請　日	年　月　日
進　行　状　況	
訪　問　調　査	
主治医意見書	
審　査　判　定	
保険証の再発行	

申請者確認資料						
免許証 被保険者証 その他 （　　）	受　付	入　力	担当 主査	補　佐	補　佐	課　長