様式第16号の2 (第17条の2関係)

結城市長様

次の理由により要介護認定等申請を取り下げます。

	被保険者番号		÷								取り下げ		年	月	日
	個人	番号	÷								申請年月日		<u>'</u>	74	П
	フリ	ガナ	,						男	1					
	氏	名	1						<i>\$</i>		生年月日		年	月	日
	住	序		Ŧ					19月		括番号()	_		
被保	要介護認定等を申請した日					年	月	F				,			
保険者	取り下	げ理由	1												

*家族・代理人等が代行申請する場合も、この欄に記載してください。

提	名 又は (氏 /	称(名)		続柄	
出者	住	所	電話番号()	_

^{*}介護保険資格者証を添付してください。