

# 介護認定申請取り下げ申請書

年 月 日

益子町長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日付で申請しました、介護保険認定申請につきましては、下記の理由により取り下げを申請します。

## 記

理 由 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_