

年 月 日

紀美野町長 様

紀美野町介護予防・日常生活支援総合事業事業対象者確認申請取下申請書

申請を行った下記被保険者にかかる介護予防・日常生活支援総合事業事業対象者確認申請を取下げたいので、紀美野町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条第4項の規定により申請します。

被 保 険 者	被保険者 番号										申請年月日	年 月 日
	フリガナ										生年月日	年 月 日
	氏 名										性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号 ()										
申 請 者	フリガナ										本人との 関係	
	氏 名											
	住 所	〒 電話番号 ()										
申請取下げ 理 由												