介護給付費等支給申請取下届

年　　月　　日

(提出先)　　区保健福祉センター所長

年　　月　　日に行った介護給付費等の支給申請については、次のとおり取り下げします。

申請者	フリガナ		個人番号	
	氏　　名		受給者証番号	
			生年月日	年　　月　　日
	居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　　月　　日
支給申請取り下げに係る児童氏名				

取り下げ理由

届出者(※)	フリガナ		□　代理人 □　代行者	申請者との関係
	氏　　名			
	居　住　地	〒 電話番号		

※　本人が届け出る場合は記入不要です。