

장기요양급여대상여부 확인요청 취하서				
신청인	성명		생년월일	
	전화번호		휴대전화	
수급자	성명		생년월일	
	전화번호		휴대전화	
	장기요양 인정번호	L-		
장기요양기관	(기호/명칭)			
취하사유				
년 월 일 신청인 (서명 또는 인) 수급자와의 관계 : 국민건강보험공단 이사장 귀하				