

介護保険 要介護・要支援認定取消申請書

邑智郡総合事務組合管理者 様

次のとおり、認定の取消を申請します。

		個人番号								
被 保 険 者	被保険者番号				申請年月日	令和 年 月 日				
	フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏 名				性 別	男 ・ 女				
	住 所	〒								
			電話番号							
取消を求める 認定内容	要介護状態区分	1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援状態区分	1	2
		有効期間	年 月 日 ~			年 月 日				

※現に受けている認定の取消を申請した場合、認定の有効期間は取消の決定日までとなります。

※認定を取消すと介護保険によるサービスを受けることができなくなります。

申 請 者	氏 名										
	住 所	〒									
		電話番号									

注: 家族、代理人等が代理申請する場合も、この欄に記入して下さい。

取消を要する理由	
----------	--