

## 介護保険（要介護認定・要支援認定） 取消申請書

行方市長様

次のとおり要介護・要支援認定の取消を申請します。

申請年月日      年      月      日

被保険者番号			
フリガナ		性別	男 ・ 女
被保険者氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年      月      日
住所	〒      ー  電話番号      (      )		
取消を求める 認定内容	介護度(      ) 有効期間	年      月      日から	年      月      日
	介護度(      ) 有効期間	年      月      日から	年      月      日
理由			
誓約	この取消により、取消申請日以降、介護保険サービスが一切受けられなくなりますが、後日不服を申し立てません。		

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護福祉施設・介護老人保健施設・その他(      ))		
申請者住所	〒      ー  電話番号      (      )		