

介護保険（要介護認定・要支援認定）取消申請書

市長方行

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 令和 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	印	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・介護医療院) 印		
申請者住所	〒 ー 電話番号 ()		