介護保険　要介護認定・要支援認定取消申請書

浜田地区広域行政組合管理者　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 | | | 平成　　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 | | 要介護状態区分　１　２　３　４　５　要支援状態区分　１　２ | | | | | | |
| 有効期間 | | 平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日 | | | | | | |

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

※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 |  | | | | 印 |
| 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 |  |