

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	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	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	年 月 日から			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						
----------	--	--	--	--	--	--