

介護保険 要介護認定・要支援認定等取消申請書

甲良町長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号											申請年月日	年	月	日		
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名																
	住所	〒											電話番号				
取消しを求める 認定内容	認定年月日	年 月 日															
	要介護状態区分	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 要支援 1 ・ 2															
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで															

※ 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しの決定日までとなります。

提 出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）																	
	住所	〒														電話番号			

注 家族、代理人等が代理申請する場合も、この欄に記載してください。

取消しを要する理由	
-----------	--

※認定の取消は、取消申請の日からとなります。

※認定の取消がされると、それ以降の介護保険のサービス（給付）が一切受けられなくなります。

※一度取消を行った認定に対して取消を求めることはできません。

添付する提出書類

- ・ 被保険者証（被保険者証は後日返却します）