

## 介護保険要介護認定・要支援認定取消申請書



(宛先) 知多北部広域連合長

次のとおり要介護認定・要支援認定の取消しを申請します。

	取消申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名	広域 太郎	被保険者との続柄
		夫
申請者住所	〒477-〇〇〇〇 東海市〇〇町〇〇番地	
	電話番号 (0562) 〇〇 - 〇〇〇〇	

(注) 申請者欄は、被保険者本人が申請する場合は記入不要です。

被保険者番号	〇 〇 〇 〇 1 2 3 4 5 6	
個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 1 2 3	
フリガナ	コウイキ ハナコ	
被保険者氏名	広域 花子	
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	性別
		男・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>
住所	〒477-〇〇〇〇 東海市〇〇町〇〇番地	
	電話番号 (0562) 〇〇 - 〇〇〇〇	
要介護認定の結果等	要介護状態区分 1・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span> ・3・4・5 要支援状態区分 1・2	
	有効期間 〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで	
取消しを希望する理由	取消しする理由を記入してください。	

※認定の取消しは、取消申請の日からとなります。

※認定の取消し以後においては、要介護認定の申請を再度行うまでの間は介護保険法による給付を受給することができなくなります。

※介護保険被保険者証を必ず添付してください。

保険者記入欄

課長	補佐	係長	係

窓口確認欄

課付課長		受付者

保険証の添付	… 有・無
認定取消入力	… 済・未
認定取消後の保険証の再発行	… 済・未