

介護保険要介護認定・要支援認定取消申請書

受付印

(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	年 月 日
申請者氏名	被保険者との続柄	
申請者住所	電話番号 () -	

(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						
個人番号						
フリガナ						
被保険者氏名						
生年月日	年	月	日	性別	男・女	
住所	電話番号 () -					
要介護認定の結果等	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 日まで					
取消しを希望する理由						

※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