介護保険要介護認定･要支援〔 認定 ・ 申請 〕取消申請書

阿久比町長様

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			
ふりがな			
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	新規 ・ 区変 ・ 更新　申請中(　年　月　日申請)		
	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		
取り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。

□取消ししようとしている認定の有効期間内に再び介護保険サービスを利用する見込みはありません。

□上記の内容に相違ないことを同意します。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿