

介護保険 要介護 認定取消申請書

要支援 要介護

くすのき広域連合長 あて

年 月 日付け通知された要介護・要支援認定の取消を次のとおり申請します。

なお、要介護・要支援認定等申請の代行及びケアプラン作成を依頼した居宅介護支援事業者や介護サービス事業者等には私（申請者）から連絡いたします。

		申請日	年 月 日
申請者	氏名	本人との関係	
	住所	〒 電話番号 ()	
	名称 <small>（事業者による申請時のみ）</small>	該当に○ 地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・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・指定地域密着型介護老人福祉施設	

※申請者が被保険者本人の場合、住所及び名称は記載不要

被保者	被保険者番号	性別					男 ・ 女		
	個人番号								
保者	フリガナ	生年月日			明治 大正 昭和 西暦				
	氏名				年 月 日				
険者	住所	〒 電話番号 ()							
	取消を求める認定内容	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1
有効期間		年 月 日 から			年 月 日まで				

取消を要する理由	
----------	--

※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。

代筆者 _____ 続柄 ()
※本人による場合、記入不要

本人氏名 _____ ※必ずご記入お願いします