

介護保険 要介護・要支援認定 取消申請書

(宛先) 六戸町長 様

次のとおり要介護・要支援認定の取消を申請します。

被保険者番号		申請年月日	年 月 日
フリガナ		性別	男 ・ 女
被保険者氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
住 所	〒 電話番号		

取消を求める 認定内容	認 定 日: 年 月 日 要介護区分: 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5) 有効期間 : 年 月 日 から 年 月 日
理 由	
誓 約	この取消により、取消申請日以降、介護保険サービスが一切受けられなくなりませんが、後日不服を申し立てません。

提出代行者 氏名	被保険者との関係
提出代行者 名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
提出代行者 住所	〒 電話番号