

介護保険【要介護認定・要支援認定】取消申請書

都城市長 宛て
次のとおり申請します。

| | |
|-------|----------|
| 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 申請者 | 氏名又は事業者名 | | | | | | | | | | |
| | 認定を受けている方との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 | <input type="checkbox"/> 家族() | <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 | <input type="checkbox"/> 成年後見人 | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 提出代行者 | 事業所番号 | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 認定を受けている方 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 性別 | 男・女 | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| | 取消しを求める認定内容 | 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 取消しを要する理由 | | | | | | | | | | | |

※申請を代行する場合は、代行者の押印が必要です。

※認定の取消しは、取消申請の日からとなります。

※認定の取消しのあった日以後においては、要介護認定の申請を再度行うまでの間、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。

| | | | | | | | |
|----|-----|----|-----|----|----|-----|---|
| 課長 | 副課長 | 主幹 | 副主幹 | 担当 | 窓口 | 保険証 | 確認書類 |
| | | | | | | 回収 | <input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 () |