

介護保険 要介護認定・要支援認定 取消申請書

板野町長 様

次のとおり申請します。

										個人番号											
被 保 険 者	被保険者番号										申請年月日	年 月 日									
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	氏 名											性 別	男 ・ 女								
	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 2					有効期間 年 月 日 から 年 月 日									

注)現に受けている認定の取消しを申請した場合、認定の有効期間は取消申請日の前日までとなります

提 出 代 理 者	名 称 (氏名)	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・介護医療院)										事業 者 印
	所在地 (住所)	〒										電話番号

注)家族、代理人等が代理申請する場合、この欄に記入して下さい

取消を要する 理 由															
誓 約	この取り消しにより、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、後日不服を申立てません														

年 月 日

本人署名又は
代理人署名

※ 備 考	※ 処理欄	※ 受付印
	<input type="checkbox"/> 被保険者証 (回収・紛失) <input type="checkbox"/> 処理日 (年 月 日)	

※この欄は記入しないで下さい