

認定取消し

介護保険 [要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定] 取消申請書

久留米市長 様

私は、要介護認定を受けましたが、次のとおり認定の取り消しを申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	000	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	〒 ー (電話番号)		

現在の要介護 認定の内容等	要介護状態区分	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

取消し理由	
-------	--

提出代行者	名 称	(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) 印
	住 所	〒 ー (電話番号)

	氏 名	関 係	電話番号
窓口に来た人			

受付印欄

受付審査	申請入力	入力点検

被保険者証 回収	被保険者証 発行	取消し通知書 郵送