介護保険　要支援・要介護認定等取消申請書

大口町長　様

私は、現在受けている要介護・要支援認定等の取消しをすることを申請します。また、申請日以降の給付については受給いたしません。

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。

被保険者（申請者）	被保険者番号			
	ふりがな		申請年月日	年　月　日
	氏名		生年月日	年　月　日
			性別	男・女
	住所	〒　　電話番号（　　）　－		
	現在の要介護	要介護状態区分　1・2・3・4・5 要支援状態区分　1・2 事業対象者		
	認定有効期間	年　月　日 ～　年　月　日		
	取消理由	（該当するものに〇） 1．医療対応　2．介護不要 3．その他（　　）		

（申請者と同じ場合は記載不要。）

提出者	氏名及び事業者名	
	住所	〒　　電話番号（　　）　－
	申請者との関係	家族（続柄：　　）　地域包括支援センター 居宅介護支援事業者　介護保険施設 その他（　　）

※被保険者証は必ずご持参ください。