

介護保険 要介護認定・要支援認定 取消申請書

小布施町長 様

次のとおり申請します。

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	大・昭	年	月	日
	氏 名											性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 小布施町 電話番号														
	取消しを求める 認定内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2														
		有効期間 年 月 日 から 年 月 日														
取消を要する 理 由	(該当するものに○) 1. 医療対応 2. 介護不要 3. その他 ()															
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すが、後日不服を申し立てません。															

申 請 者	氏 名		本人との関係	
	住 所	〒 小布施町 電話番号		
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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)		
	住 所	〒 電話番号		

※介護保険被保険者証を必ず添付してください。