

## 介護保険 要介護・要支援認定取消申請書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

年 月 日付けで認定を受けました要介護・要支援認定について、下記により取消しを申請します。

申請年月日	年 月 日											
被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
被保険者氏名	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">印</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">性別</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">男・女</td> </tr> </table>	印	性別	男・女								
印	性別	男・女										
住 所												
生 年 月 日	年 月 日											
電 話 番 号	(       )       -											
要介護状態区分												
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
取 消 し 理 由												

\* 代理人記入欄（記入者が被保険者本人の場合は、記載不要）

氏 名	印	本人との関係	
住 所			
電話番号	(       )       -		

\* ケアマネジャー確認欄

氏 名	印
事業所名	
電話番号	(       )       -

・被保険者証を添えて提出してください。