

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

平成 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	平成 年 月 日										
被保険者番号											
個人番号											
被保険者氏名	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	平成 年 月 日 ~ 平成 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。