

介護保険 要介護認定・要支援認定取消申請書

那須塩原市長 殿

私は、下記の理由により現在の認定の取消をお願いしたく申請します。

申請者 (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	明・大・昭			
	氏名			年	月	日	
	住所	〒 那須塩原市 電話番号					
	現在の要介護認定等の内容	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	～	年 月 日
申請理由							

(申請者と同じ場合は記入不要。)

提出者	氏名		被保険者との関係	
	事業者名	(該当するものに○) 地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設・指定療養型医療施設・介護医療院		
	住所	〒 那須塩原市 電話番号		

※取消の効力は、取消日以降に発生します。(申請日にはさかのぼりません)

※取消を受けた被保険者が介護保険サービスを受けようとする場合には、改めて認定の申請が必要です。