

介護保険 要介護認定・要支援認定取消申請書

(曾於市長經由)

曾於地区介護保険組合 管理者 様

令和 年 月 日

被 保 險 者	住 所	
	氏 名	
	被保険者番号	

上記の者に係る 令和 年 月 日付けで行いました介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定については、下記により取消申請いたします。

取 消 理 由	1.医療対応 2.介護不要 3.その他 ()
------------------	----------------------------------

※認定の取消は、取消申請の日からとなります。

※介護保険被保険者証を必ず添付してください。

※要介護・要支援認定申請の代行及びケアプラン等の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申請者より連絡をお願いします。

申請者（被保険者又は代理人）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____