

(あて先) 浜松市長

住所
 申請者
 (マンション名・室番号等)
 氏名
 本人との関係

介護保険 (要介護認定・要支援認定) 取消申請書

年 月 日付で認定された介護保険要介護認定・要支援認定の取消を下記のとおり申請します。

記

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ					生年月日					明・大・昭 年 月 日	
	氏名					性別					男 ・ 女	
	住所		〒 浜松市 (マンション名・室番号等)									
	現に受けている 要介護・要支援 認定の内容		要介護状態区分			1	2	3	4	5	要支援	1
		有効期間 年 月 日 から 年 月 日										
指定居宅介護支援事業者又は介護予防 支援事業者及びその事業所				無・有 ()								
利用している介護保険サービスの種類				無・有 ()								
取消を要する 理由												
<ul style="list-style-type: none"> 現に受けている認定の取消を申請した場合、認定の有効期間は取消申請の決定日までとなります。 要介護認定・要支援認定の申請を再度行うまでは、介護保険法による給付を受給することができなくなります。 												
本人氏名 (署名) _____												

処 理	受 付	取消入力	証回収	回収入力	通 知