介護保険　要介護認定・要支援認定等取消し申請書

中井町長　殿

渡しは、現在受けている要介護・要支援認定等の取消しをすることを申請します。また、申請日以降の給付については受給いたしません。

なお、要介護・要支援等申請の提出代行、居宅介護(介護予防)サービス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には私(申請者)から連絡いたします。

申請年月日	年　月　日

申請者	氏名又は事業者名	
	認定を受けている方との関係	□本人　□家族(　　)　□社会保険労務士　□成年後見人 □提出代行者　事業所番号
	住所	〒 電話番号

認定を受けている方	被保険者番号		生年月日	大･昭･平　年　月　日
	フリガナ			
	氏名		性別	男・女
	住所	〒		
	取消しを求める認定内容	要支援状態区分　1　2　　要介護状態区分1　2　3　4　5 有効期間　年　月　日～　年　月　日		
	取消し理由	(該当するものに〇) 1．医療対応　2．介護不要　3．その他（　　）		

※認定の取消しは、取消申請の日からとなります。

※認定の取消しのあった日以後においては、要介護認定の申請を再度行うまでの間、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。

※介護保険被保険者証を必ず添付してください。