

介護保険 (要介護・要支援認定) 取消届

磯城郡川西町長 様

年 月 日付でなされた介護保険 要介護・要支援認定について、介護保険被保険者証を添付のうえ、下記のとおり認定の取消しを申請します。

被 保 険 者	被保険者番号									届出年月日	年 月 日	
	フリガナ										生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名	印									性別	男・女
	住所	〒										
	電話番号	() ー										
	取消を求める 認定内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援 1 2					
	有効期間					年 月 日から			年 月 日まで			

※ 現に受けている認定は、この届出をおこなった日から取り消します。

提 出 代 行 者	氏名	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・ 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)									
	住所	印 (続柄)									
		〒									
		電話番号									

※ 家族、代理人等が届出を行う場合においても、この欄に記載してください。

取 消 を 要 す る 理 由	
--------------------------------------	--

※ 認定を取消すと介護保険によるサービスを受けることができなくなります。

再び介護保険によるサービスを受ける場合は、もう一度要介護・要支援認定申請を行い、認定を受ける必要がありますのでご注意ください。