介護保険　要介護認定・要支援認定取消し申請書

豊後大野市長　様

次のとおり申請します。

提出代行者	氏名または名称	該当に○（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所・指定介護老人保健施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）	本人との関係 ※提出代行の担当ケアマネージャー氏名	
	提出代行者住所	〒　　電話番号（　　）　－		

※申請者が本人の場合は上記の記載は不要です。

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　年　月　日
	氏　名		性別	男　女
	住　所	〒　　電話番号（　　）　－		
	現在の要介護認定の結果	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　から　　年　月　日		

取消を要する理由	

※　現に受けている認定の取消を申請した場合、認定の有効期間は申請日の前日までとなります。

※　認定の取消し以後においては、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。

高齢者福祉課　チェック欄（記入しないで下さい）			
認定担当者	保険証の添付	包括担当者	再発行
	未・済		未・済

本 人 署 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿