

介護保険（要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定）取消申請書

琴浦町長様

次のとおり申請します。

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	〒689ー 東伯郡琴浦町大字 電話番号（ ）														
	取消を求める 認定内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 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の取消しを申請した場合、認定の有効期間は申請日の前日までとなります。

提出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）													
	住 所	〒 電話番号（ ）													

注 家族、代理人等が代理申請する場合も、この欄に記載してください。

取消を要する理由	
----------	--