

介護保険(要介護認定・要支援認定) 取消申請書

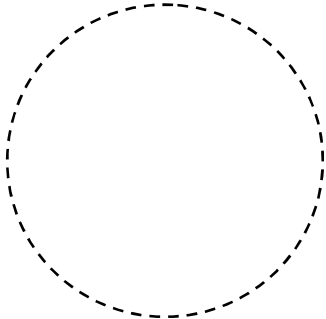
(あて先) 寝 屋 川 市 長
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	00000	申請日	令和 年 月 日
	フリガナ		生 年 月 日	性別
	氏 名		【 明・大・昭 】 年 月 日 () 歳	男・女
	住 所	寝屋川市 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 1 2 有効期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		

提 出 代 行 者	名 称 又は 氏 名	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) 家族の場合 (続柄)
	住 所	〒 — 電話番号 — —

※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	
----------	--



保険証回収	済 ・ 未	保険証再交付	済 ・ 未
		処理者	