

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	0 0 0 0	申請日	令和 年 月 日
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		【明・大・昭】 年 月 日()歳	
	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 平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日まで			

※現に請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 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 ⑩ (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	

