

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

飛騨市長 あて

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	〒														電話番号						
	取消しを求める 認定内容	要介護状態区分					1	2	3	4	5	経過的要介護			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）																		
		印																		
	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	
----------	--