介護保険（要介護認定・要支援認定）取消し申請書

小松島市長　様

年　　月　　日に認定されました（要介護認定・要支援認定）について、下記の理由により認定の取消しを申請します。

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 取消し理由 |  |
| 現在の要介護状態区分 | 要介護状態区分　　１ 　２　 ３　 ４　 ５　　 　要支援　　１　 ２ |
| 有効期間　　　 　年 　　月　 　日 から　　 　　年 　　月　 　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性 別 | 男　・　女 |
| 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 明治 大正　　 年　 月　 日昭和  |
| 住 所 | 〒電話番号 |
| 提 出 代 行 者 | 氏　名または名 称 | 該当に〇（家族、居宅介護支援事業所・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、その他）  |
| 住 所 | 〒電話番号 |

※　現在、受けている認定の取消しを申請した場合、認定有効期間は取消し申請日までとなります。

※　認定の取消し申請日の翌日以降においては、介護保険によるサービスが一切受けられなくなります。