**介護保険**　　　　**認定取消申請書**

**要介護**

**要支援**

四條畷市長　あて

　　　年　　月　　日付けで通知された要介護・要支援認定の取消しを次のとおり申請します

　なお、要介護・要支援認定等申請の代行及びケアプラン作成を依頼した居宅介護支援事業者や介護サービス

　事業者等には私（申請者）から連絡します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | 取消申請日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 被  　保  険  者 | 介護保険  被保険者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | 個人  番号 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | 性別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | 生年  月日 | 年　　　　　月　　　　　日生 | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取り消しを求める認定内容 | 要介護 | | | １　　２　　３　　４　　５ | | | | | | | | | 要支援 | | | | | １　　　２ | | | | | | | | |
| 有効  期間 | | | 年　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日　　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請代行者 | 名称 | 該当に○  地域包括支援センター・居宅介護支援事業者  介護老人福祉施設・介護老人保健施設  介護医療院・指定地域密着型介護老人福祉施設 |
| 住所 | 電話番号　　　　（　　　　　） |
| 取消申請に関する本人以外の連絡先　□ 同上（以下、省略） | | |
| 氏名 | | 本人との関係（　　　　　　　　　） |
| 住所 | | 電話番号　　　　　　（　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 取消を要する理由 |  |

上記の理由により、介護保険（要介護・要支援認定）の取消しを申請します。

代筆者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　本人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）

　　　※本人による場合、記載不要　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※必ずご記入をお願いします。

※認定の取り消しは、取消申請の日からとなります。

※認定の取消し後においては、要介護認定の申請を再度行うまでの間は介護保険法による給付を受給する

ことができなくなります。

※申請時は介護保険被保険証を必ず添付してください。