

介護保険

要介護認定・要支援認定

取消し申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

赤磐市長 殿

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	年	月	日
	氏 名										性 別	男	・	女
	住 所	〒 赤磐市 電話番号												
	取消しを求める 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												

提 出 代 行 者	氏 名 (名 称)	該当に○ (指定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・介護医療院・社会保険労務士) ⑩											
	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。

取消しを 要する理由	
---------------	--