

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 <div style="text-align: right;">電話番号</div>											
	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・指定介護療養型医療施設) <div style="text-align: right;">印</div>											
	住所	〒 <div style="text-align: right;">電話番号</div>											

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	
---------------	--