

介護保険要介護・要支援認定取消申請書

(宛先) 上尾市長

次のとおり認定の取消を申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請(申請依頼)者	氏名 電話番号 - - 住所 〒 -	被保険者本人との関係
申請書提出代理・代行者	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 介護医療院 地域密着型介護老人福祉施設 名称または氏名 所在地または住所 〒 - 電話番号 - -	

被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																生年月日	年齢
フリガナ		年 月 日	年 齡															
被保険者氏名	(男・女)	年 月 日	満 歳															
被保険者住所	〒 - 電話番号 - -																	
現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 認定の有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日																	

認定取消の理由

処理	受付	入力	被保険者証 発行	確認者