

介護保険 要介護認定・要支援認定取消申請書

申請日 令和 年 月 日

長久手市長 殿

次のとおり、要介護認定・要支援認定の取消しを申請します。

申請者	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 -		
		電話番号 () -		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

被保険者	個人番号													
	被保険者番号													
	フリガナ	-----										生年月日	明治・大正・昭和	
	氏名											性別	年 月 日 男 ・ 女	
	住所	〒 -												
		電話番号 () -												
要介護認定の結果等		要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5				
		有効期限			年 月 日から			年 月 日						
取消しを希望する理由														

<注意事項>

- ※ 申請の際、介護保険被保険者証を必ず添付してください。
- ※ 認定の取消し申請を行った日（取消し決定日）からサービスの利用はできなくなります。
- ※ 認定の取消し以後においては、要介護認定の申請を再度行うまでの間、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。
- ※ 認定の取消しの取消しはできません。再度介護給付を受けようとする場合は、改めて要介護認定・要支援認定の申請を行ってください。

* 処理欄

本人確認欄 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 本人の個人番号カード	<input type="checkbox"/> 本人の通知カード	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他 (①)	(②)
申請者本人 確認欄 (代理人)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> その他 (①)	(②)
被保険者証 確認欄	① 被保険者証添付 有・無		② 認定取消し入力 済・未
	③ 取消し後被保険者証再発行 済・未		④ 結果・被保険者証郵送日 (/)