介護保険 要介護･要支援認定取消申請書

宗像市長　あて
次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号		申請年月日	令和　　年　　月　　日
	ふりがな		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男　・　女
	住　　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－		
	取消を求める認定内容	要支援　１　２　要介護　１　２　３　４　５		
		有効期間　令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで		
取消を求める理由		1 利用が適切と考えられる医療サービスが、要介護認定を持っていることで、医療保険適用外となり利用ができないため。 2 利用が適切と考えられる介護予防・生活支援サービス事業が、要介護認定を持っていることで利用ができないため。 3 その他(以下に理由をご記入ください)		

提出者	フリガナ			被保険者との関係	本人・【　　】 ※本人・親族以外の申請の場合は、委任状が必要です。
	提出者氏名	姓	名		
	事業所種別	□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 □その他施設			
	事業所名称	印			
	住　　所	〒　－ ※被保険者の住所と同じ場合は「同上」で可　　電話番号（　　）　　－			

●申請にあたって、次のことにご注意ください。
・申請には介護保険被保険者証が必要です。必ず添付してください。
・本人・親族以外が申請する場合は申請には委任状が必要です。必ず添付してください。
・この申請により、取消申請日以降の認定が取消となります。有効期間の最終日は取消申請日前日になりますのでご注意ください。
・認定の取消のあった日以後は介護保険法による給付を受給できなくなります。再度受給を希望するときは、改めて要介護・要支援認定等認定申請をされてください。

本人または親族署名

（親族の場合は加えて続柄を記載すること）

以下、保険者記入欄

文書閲覧押印欄				窓口受領者	収受印押印欄	
文書取扱員	所属長	係長	係員			