

介護保険（要介護要支援認定・要介護要支援更新認定）取消し申請書

倉敷市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者番号											
フリガナ						生年月日	明 大 昭 年 月 日 () 歳	性別	男・女		
被保険者氏名						印					
住 所	〒 - 電話番号 ()										
取消しを求める 認定内容	要介護・要支援 () 有効期間					年 月 日 から		年 月 日			
	要介護・要支援 () 有効期間					年 月 日 から		年 月 日			
理 由											
誓 約	この取消により、取消申請日以降、介護保険サービスが一切受けられなくなりますが、後日不服を申し立てません。										

申請者氏名						本人との関係					
提出代行者名称	該当に○（居宅介護支援事業者・指定介護福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）										
						印					
申請者住所	〒 - 電話番号 ()										