

介護保険 要介護・要支援認定取消申請書

鹿児島市長 殿

私は、現在受けている要介護・要支援認定の取消をすることを申請します。また、申請日以降の給付については受給いたしません。

なお、要介護・要支援認定等申請の代行及びケアプラン作成を依頼した居宅介護支援事業者や介護サービス事業者等には私(申請者)から連絡いたします。

申請者 (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	明・大・昭	
	氏 名			年 月 日	
	住 所	〒 鹿児島市 電話番号			
	現在の要介護認定等の内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2	
		有効期間	年 月 日 ~		年 月 日
取消し理由					

(申請者と同じ場合は記入不要。)

提出者	氏 名		被保険者との関係	
	事業者名	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)		
	住 所	〒 鹿児島市 電話番号		

*** 被保険者証を必ず添付してください。**

鹿児島市処理欄

受 付	【本人確認書類】
	運免・健保・敬パス・友パス
	CM証・その他 ()
入 力	番号等 ()

問い合わせ先
 鹿児島市介護保険課 認定係
 〒892-8677
 鹿児島市山下町11番1号
 電話 (099) 216-1278