|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大・昭　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 |  |
| 取消を求める要介護認定 | 要介護度 | 要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |
| 認定有効期間 | 　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 取消申請理由 |

介護保険（要介護認定・要支援認定）取消申請書

|  |
| --- |
| 稲城市長　様上記のとおり介護保険に係る要支援・要介護認定の取消を申請いたします。　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　　）　　　　　　 |

※認定の取消は、取消申請日からとなります。認定取消日以降、次の要介護認定申請を行うまでの間は、

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。

※申請の際には、介護保険被保険者証を添付してください。

受　付　印

受　付　印