

介護保険（要介護認定・要支援認定）取消申請書

										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																	
要 介 護 認 定 取 消 を 求 め る	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																		

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