様式第８号の2(第12条関係)

**介護保険要介護認定・要支援認定取消申請書**

杵築市長　様

次のとおり、介護保険要介護・要支援認定の取消を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請年月日 |  | | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 申請者氏名 |  | | 本人との関係 | |  | | | | |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | |

・申請者が被保険者本人の場合、申請者住所及び電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | |  | | | | | | | | | 年 | |  | | | | 月 | | |  | | | 日 | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | | |  |  | |  | |
| 申請者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護認定 の結果等 | 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 から 　　　 年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 取消を希望 する理由 |  |
|

・介護保険被保険者証を必ず添付してください。

・認定の取消し以降においては、要介護認定の申請を再度行うまでの間は、介護保険法による給付を受けることができなくなりますので、ご注意ください。