

介護保険（要介護認定・要支援認定） 取消申請書

(あて先) 中央区長
次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号				申請年月日	令和	年	月	日
	フリガナ 氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住所	〒							
取消を求める 認定内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5				経過的要介護		要支援状態区分 1 2		
	有効期間				年 月 日 から		年 月 日 まで		

※ 現に受けている認定の取消を届け出た場合、認定の有効期間は取消の決定日までとなります。

提 出 代 行 者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)							
	住所	〒							
		電話番号							

注 家族、代理人等が代理申請する場合も、この欄に記載してください。

取消を要する理由	
----------	--

区 処 理 欄	課長	係長	入力	受付