

## 介護保険 要介護・要支援認定等取消し申出書

いの町長 殿

私は、現在受けている要介護・要支援認定等の取消しをすることを申し出ます。また、申出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(申出者)から連絡いたします。

申請者 (被 保 険 者 )	被保険者番号															申出年月日	年	月	日
	フリガナ															生年月日	明・大・昭		
	氏名																年 月 日		
	住所	〒 —														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												
	取消し理由	(該当するものに○) 1. 医療対応    2. 介護不要    3. その他( )																	

(申出者と同じ場合は記載不要。)

提出者	氏名及び事業者名	(地域包括支援センター・指定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・指定療養型医療施設)																
	住所	〒 —														電話番号( ) —		
	申出者との関係	家族( ) 地域包括支援センター 居宅介護支援事業者 介護保険施設 その他( )																

- \* 被保険者証は必ずご持参ください。
- \* 取消後の被保険者証は後日郵送します。

問い合わせ先  
いの町ほけん福祉課 高齢福祉係  
〒781-2110 いの町1400番地  
電話 (088)893-3810