

介護保険 要介護認定等申請取り消し申出書

宮古島市長 様

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		性別	男 ・ 女						
生年月日	年 月 日	電話番号							
住 所	〒								
理 由									

年 月 日 以下の内容を承知した上で「介護保険要介護認定」の
取り消しを 申し出いたします。

記

- ・ 認定の取消しは、取消し申請の日からとなります。
- ・ 認定の取消しは取消し以後においては、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給することができなくなります。
- ・ 取消ししようとしている有効期間内に再び介護保険サービスを利用する見込みはありません。

< 申請者 >

住 所 〒

電話番号

氏 名

被保険者	
との関係	

※ 取消しの申請には介護被保険者証を必ず添付して下さい。

申請者確認書類	1 運転免許証 2 健康保険者証・介護保険被保険者証・住民票 3 その他()
---------	---