介護保険 （要介護要支援認定・要介護要支援更新認定） 取消申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）今治市長

次のとおり要介護・要支援認定の取消を申請します。

被保険者番号			
フリガナ		性別	男　・　女
被保険者氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年　月　日
住 所	〒　　－　　電話番号　　（　　）		

取り消しを求める認定内容	介護度（　　） 有効期間　　年　月　日から　　年　月　日
理 由	
誓 約	この取り消しにより、取消申請日以降、介護保険ｻｰﾋﾞｽが一切受けられなくなりますが、後日不服を申し立てません。

申請者氏名		被保険者との関係	
提出代行者名称	該当に〇（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院）		
申請者住所	〒　　－　　電話番号　　（　　）		