

介護保険 要介護・要支援認定取消し申出書

北広島町長 様

		申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	印	本人との関係	
提出代行者 名称	該当に○ (居宅介護支援事業所・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)		
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・電話番号は記載不要

下記の者の要介護・要支援認定の取消しを申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏 名	性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒										
		電話番号										
現在の要介護 状態区	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援											
取消し申請の 理由	有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日											

※この申請書とともに介護保険被保険者証を北広島町福祉課介護保険係または各支所自治振興課へ提出してください。