

介護保険

〔 要介護認定・要支援認定等
要介護更新認定・要支援更新認定 〕

取消申請書

沖縄県介護保険広域連合長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号						申請年月日	年	月	日
	フリガナ						生年月日 明治 大正 昭和	年	月	日
	氏名							性別	男	・
	住所	〒								
		電話番号 ()								
取消を求める 認定内容	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要介護状態区分	1	2	
	有効期間	年 月 日から					年	月	日	

※現に受けている認定の取消を申請した場合、認定の有効期間は申請日の前日までとなります。

提出代行者名称	該当に○（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、この欄に記入してください。

取消を要する理由	
----------	--

担 当 者 印	市町村 被保険者証回収	広域連合 電算入力処理	
	・	・	・