

介護保険（要介護認定・要支援認定）取消届

多治見市長

次のとおり認定の取消しを届け出ます。

										届出年月日		年			月		日			
被 保 険 者	被保険者番号										個 人 番 号									
	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（ ） —							
	取消しを求め る 認 定 内 容		要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援 1 2								有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで									

※ 現に受けている認定の取消しを届け出た場合、認定の有効期間は取消しの決定日までとなります。

届 出 者 氏 名										本人との関係									
提 出 代 行 者	名 称		該当に○（ 地域包括支援センター・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（ ） —						

取消しを要する理由		1 介護サービスを必要としないため 2 特定高齢者への移行を希望するため 3 その他（具体的に記入してください。）													
-----------	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--