

## 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	〒 ー		電話番号 ( ) ー		
	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	〒 ー  電話番号 ( ) ー	

取消しを要する理由	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 介護サービスを必要としないため</li> <li>2 特定高齢者への移行を希望するため</li> <li>3 その他 (具体的に記入してください。)</li> </ol>
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------