

介護保険 要介護認定・要支援認定等取消申請書

介護保険 要介護認定・要支援認定等取消申請書

(あて先) 京都市長

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	1 0 0 0 0 2 3 4 5 6	申請年月日	令和6年 4月 1日
	フリガナ	キョウト タロウ	生年月日	明・大・ 昭 28年 1月 1日
	氏名	京都 太郎		
	住所	〒604-0925 京都市中京区寺町御池		
	取消しを求める 認定内容	認定年月日	令和6年 1月 1日	
	要介護状態区分	要介護 1・ 2 ・?・4・5 要支援 1・2		
		1日 から 令和6年12月31日 まで		

申請年月日、被保険者の被保険者番号(介護保険被保険者証を確認してください)、氏名、生年月日、住所、電話番号を記入してください。

取消しを求める認定の認定年月日、要介護状態区分、有効期間(介護保険被保険者証を確認してください)を記入してください。

有効期間は取消しの決定日までとなります。

提 出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設) 京都 正夫(長男)
	住所	〒000-0000 京都市中京区〇〇下る□□町

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。

・本人が提出する場合は、記載が不要です。
・事業者が提出代行する場合は、事業所種別に○を付け、事業者の名称、住所、電話番号を記入してください。
・家族、代理人等が提出代行する場合は、提出者の氏名、住所、電話番号を記入してください。

取消しを要する理由

介護サービスの利用がなくなったため

取消しを要する理由を記入してください。

※福祉用具貸与などの介護サービスも給付できなくなりますのでご注意ください。