

介護保険（要介護・要支援）認定取消申請書

（あて先）東三河広域連合長 様

年 月 日付で（要介護・要支援）認定を受けましたが、下記理由により認定の取消しを申請します。

※申請者が本人の場合は、「申請書提出者欄」の記入は不要です。

			申請年月日		年 月 日	
申請書提出者	フリガナ			本人との関係		
	氏 名					
	提出代行者等 名 称	該当項目に ☒ <□地域包括支援センター □居宅介護支援事業者 □介護保険施設 □地域密着型介護老人福祉施設>				
	住 所 在 地	〒 ー 電話番号（ ）				

被保険者	フリガナ			被保険者番号									
	氏 名			生年月日		明・大・昭 年 月 日							
				性 別		☐ 男 ☐ 女							
	住 所	〒 ー		電話番号（ ）									
認 定 年 月	認定年月	年 月 日											
	認定結果	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2			

取消理由	☐ 医学的な事由で医療保険適用によるサービスのみを受給するするため。									
	☐ 当分の間、介護保険に係るサービスを受給する予定がないため。									
	☐ 介護の必要の程度が、認定の有効期間内に受けた要介護・要支援更新認定に係る要介護状態区分等以外に該当するため。									
	☐ その他（ ）									

- （ご注意）
- （１）この取消申請書の提出により、介護保険被保険者証の認定の内容を抹消します。
 - （２）認定の取消しに伴い、介護保険に係る居宅サービス、施設サービスを原則利用することはできません。（取消しを行った日以降に介護サービスを受けた場合は、全額自己負担となることがあります。）
 - （３）居宅介護支援事業者や介護サービス事業者などの関係者へは、認定結果の取消しを行った旨の連絡を必ず行ってください。
 - （４）介護保険に係るサービス給付を受けるためには、再度要介護認定・要支援認定の申請をする必要があります。

* 事務処理欄（申請受付に関すること）

受付窓口	☐ 東三河広域連合介護保険課 ☐ 豊橋市 ☐ 豊川市 ☐ 蒲郡市 ☐ 新城市 ☐ 田原市 ☐ 設楽町 ☐ 東栄町 ☐ 豊根村							
	名称							
	受付		入力		回送		備考	