郡山市介護保険（要介護・要支援）認定取消申出書

郡山市長

※介護保険被保険者証を添付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり要介護・要支援認定の取消を申し出します。 | 申出年月日 | 年　 月 　日 |
| 申出者 | 氏 名 |  | 本人との関係 |  |
| 住 所 |  | 電話番号 | － 　－ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |
| フリガナ |  | 年 月 日 |
| 氏 　名 |  |
| 住　 所(※住民票登録地) | 電話番号　　　 －　　　 －　　　　 |
| 要介護認定の結果等 | 要介護状態区分 要支援（□１ □２） 要介護（□１ □２ □３ □４ □５） □非該当 |
| 有効期間　　　　　 年　 　月　　 日 　～ 　　　　年 　　月　　 日 |
| 取消申出の理由 |  |
| 確認事項 | 1 要介護・要支援認定の取消し申出日以降は、介護保険サービスの給付は受けられないこと。2 契約している事業所がある場合は、要介護・要支援認定の取消しを受けることについて、担当介護支援専門員等事業関係者と連絡調整を行うこと。上記事項について確認しました。被保険者氏名　　　　　　　　　　 |