

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												