様式第21号(第19条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険 | 要介護認定・要支援認定  要介護更新認定・要支援更新認定 | 取消申請書 |

　大津町長　様

　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 | 年　月　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 取消を求める認定内容 | 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申請した場合、認定の有効期間は申請日の前日までとなります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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、介護医療院) |
| 住所 | 〒  電話番号 |

注　家族、代理人等が代理申請する場合も、この欄に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 取消を要する理由 |  |