介護保険 〔 要介護認定・要支援認定 〕 取消申請書 別紙１

要介護更新認定・要支援更新認定

大里広域市町村圏組合管理者　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		
		有効期間　平成　年　月　日　から　平成　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○（指定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・指定介護療養型医療施設） 印
	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	