介護保険　要介護要支援認定（更新認定）取消申請書

吉野川市長　様

次のとおり申請します。

申請年月日	令和　　年　　月　　日

申請者	氏　名		被保険者との関係	
	住　所	〒　　－ 電話番号（　　）　　－		

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏　　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
			性　　別	男　・　女
	住　　所	〒　　－ 吉野川市 電話番号（　　）　　－		

取り消しをする認定内容	要支援　1　2　　要介護　1　2　3　4　5 認定有効期間　平成　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 令和
取り消しする理由	
誓　　約	この取り消しにより、取り消し申請日以降、介護保険サービスが一切受けられなくなりますが、後日不服を申し立てません。

※　認定の取り消しは、取消申請日からとなります。

※　介護保険被保険者証を必ず添付してください。