

# 介護保険 要介護認定・要支援認定取消申請書

年 月 日

安芸高田市長 様

申請者	住所	
	氏名	
	本人との関係（	）

次のとおり介護保険要介護認定・要支援認定の取消を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号													
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	
	氏 名											年 月 日		
	住 所	〒										性 別	男 ・ 女	
	取 消 理 由													

※添付書類 介護保険被保険者証

※注意事項 認定を取り消した場合、この申請日以降の介護保険の保険給付を受けることができません。