

介護保険 要介護認定・要支援認定取消申請書

令和 年 月 日

大 阪 市 長

年 月 日付け通知された要介護認定・要支援認定の取消を次のとおり申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	電話番号 ( )		

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所欄は記載不要

被保険者番号				
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	性別
被保険者氏名			年 月 日 ( ) 歳	男・女
住 所	電話番号 ( )			
現在の要介護認定等の結果	要介護状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	
	有効期間	年 月 日 から		年 月 日
取下理由				
取消希望年月日	令和 年 月 日			

居宅介護支援事業者確認欄	
上記の取消申請の内容について確認します。 令和 年 月 日	
介護保険事業所番号	担当介護支援専門員氏名
居宅介護支援事業者等 名称	

(本人以外の方が申請する場合は委任状が必要です。)

委 任 状

令和 年 月 日

大 阪 市 長

住 所  
氏 名

私は、次の者を代理人と定め、要介護認定・要支援認定取消申請について委任します。

記

住 所  
氏 名