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 年　月　日（　）歳	性　別
被保険者氏名				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