**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