

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕取消届

函館市長 様

私は、下記の理由により要介護認定・要支援認定を取消したく、被保険者証を添えて届出いたします。

被 保 険 者	被保険者番号													届出年月日	令和	年	月	日		
	フリガナ													生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏 名													性 別	男 ・ 女					
	住 所	〒												電話番号						
	取消を求める 認 定 内 容	要介護状態区分（ 1 2 3 4 5 ） 要支援状態区分（ 1 2 ） 認定年月日 年 月 日 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで																		

- ※ 被保険者証を添付して届出してください。
- ※ 被保険者・家族等および担当ケアマネジャーが相談のうえ、提出してください。
- ※ 現に受けている認定の取消を届け出た場合、認定の有効期間は取消の決定日までとなります。

提出代行	氏名 および 事業者名	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）
	住所	〒 電話番号
	被保険者との関係	

- ※ 提出代行を行う事業者は、担当ケアマネジャーが所属する事業者に限ります。
注) 家族、代理人等が提出をする場合も、この欄に記載してください。

取消を要する理由	
----------	--

- ※ 認定取消決定後に、取消届を取消することはできません。
- ※ 認定を取消すると、再度認定申請を行うまでの間は介護保険によるサービスを受けることはできません。
- ※ 介護保険サービスが必要となった時には、新たに要介護認定申請（新規申請）をすることになります。