

## 介護保険（要介護要支援認定・要介護要支援更新認定）取消し申請書

すさみ町長 様

次のとおり、申請します。

<b>被保険者番号</b>											申請年月日	年	月	日		
<b>フリガナ</b>												M	T	S		
<b>被保険者氏名</b>											<b>生年月日</b>	年	月	日	<b>性別</b>	男・女
<b>住所</b>	〒															
<b>取消を求める 認定内容</b>	要介護・要支援（ ）有効期間 年 月 日から 年 月 日															
	認定取消の期間： 年 月 日から															
<b>理由</b>																
<b>誓約</b>	この取消により、取消申請日以降、介護保険サービスが一切受けられなくなりますが、後日不服を申し立てません。															

<b>申請者氏名</b>		<b>本人との関係</b>	
<b>提出代行者名称</b>			
<b>申請者住所</b>	〒 電話番号（ ）		

|