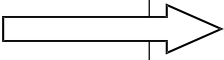


介護保険（要介護・要支援）認定取消申請書

		令和 年 月 日	
(申請先) 横浜市 鶴見 区長 現在私が受けている要介護（要支援）認定について、次のとおり取消しを申請します。	申請者（被保険者本人の場合は記載不要）		被保険者との関係 ()
	氏名 住所	電話番号 ()	
被保険者（認定を受けている方）			
フリガナ	被保険者番号		
氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (年齢 歳)	
住所（住民登録地） 〒 横浜市 区 電話番号 ()			

認定取消理由	
--------	--

現在受けている要介護（要支援）認定の状況	
現在の認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日

サービス利用についての情報	
現在、介護（介護予防）サービスを 1. 利用している。 or 2. 利用していない。 (いずれかに○)	 1. 利用しているの場合 認定取消日は、当該申請書が鶴見区役所に到着した 受理日の前日 、または 受理月の月末 のいずれかを選択してください。 選択した方に○を付けてください。 受理日の前日 or 受理月の月末

※記載がない場合は、取消日を受理月の月末とさせていただきます。