

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	電話番号 ()
住所	

被保険者（認定を受けている方）

フリガナ 氏名	被保険者番号										
	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。