

第6号様式（第7条関係）
（湧水町 経由）

介護保険 要介護認定・要支援認定取消申請書

始良・伊佐地区介護保険組合

管理者 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号																		
	医療 保 険	保険者名										保険者番号																	
		被保険者証 記号										番号					枝番												
	フリガナ										生年月日					年 月 日													
	氏 名										性 別					男 ・ 女													
	住 所										〒 電話番号 ()																		
取消を求める介護保 険要介護認定・要支 援認定結果										認 定 年 月 日 年 月 日																			
										要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2									
										有 効 期 間										年 月 日から 年 月 日									
取消を求める理由																													

提 出 代 行 者	名 称										該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・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・地域密着型介護老人福祉施設・ 介護医療院）									
	住 所										〒 電話番号 ()									