

介護保険 (要支援・要介護認定) 取消し申請書

年 月 日

江南市長

住 所  
ふりがな  
氏 名  
電 話

年 月 日付で介護保険(要支援・要介護認定)取消しをお願いします。

被 保 険 者	被保険者番号	
	ふりがな 氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
取消し理由		
誓約	この取消しにより、取消し申請日以降、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。 また、取消し申請に対して、取消しを求めることもしません。	

※処理欄

身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> その他
委任	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 戸籍	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> その他	