令和　　　年　　　月　　　日

　**介護保険要介護要支援認定結果取消申請書**

（宛先）高 松 市 長

 　年 　 月 　 日付けで通知のあった要介護・要支援認定の取消を申請します。

【受任者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 被保険者との関係 |  |
| 氏 名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　 |
| 提出代行者の名称・所在地・電話番号 | 該当するものに○（地域包括支援センター・指定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・介護医療院・指定介護療養型医療施設）　　 |

【委任者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　 年 月 日 |
| 氏 名 |   |
| 住 所 | 〒　　　　－電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　 |
| 取　消　理　由 |  |