

鹿児島市処理欄

資格者証	本人確認書類	受付	被保険者証	調査	意見書	入力
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	運免・健保・敬パス・友パス CM証・その他( ) 番号等( )					

介護保険 要介護・要支援認定等申請取消申出書

鹿児島市長 殿

年 月 日付 要介護・要支援認定等申請について、次の  
とおり取消を申し出ます。

なお、申請の代行及びケアプラン作成を依頼した居宅介護支援事業者や  
介護サービス事業者等には私(申出者)から連絡いたします。

申出者 (被保険者)	被保険者番号		申出年月日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 鹿児島市  電話番号		
	取消理由	(該当するものに○) 1. 介護不要    2. 状態不安定    3. 医療対応 4. 死亡        5. 市外転出        6. その他( )		

(申出者と同じ場合は記載不要。)

提 出 者	氏名及び事業者名	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)		
	住所	〒 鹿児島市  電話番号		
	申出者との関係	家族( ) 地域包括支援センター 居宅介護支援事業者 介護保険施設 その他( )		

\* お預かりしている被保険者証は後日送付します。

問い合わせ先  
鹿児島市介護保険課 認定係  
〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号  
電話 (099)216-1278