

受付	被保険者証	調査	意見書	入力

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

平成・令和 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	令和 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・指定療養型医療施設・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