

## 介護保険要介護認定・要支援認定取消届

(宛先) 千葉県佐倉市長

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	届出年月日	令和 7年11月11日
	フリガナ	サクラ ハナコ	生年月日	大正 10年 5月3日
	氏名	佐倉 花子	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	住所	〒285-0825 佐倉市江原台2-27 電話番号 043-485-6711		
	取り消しを 求める	要介護状態区分 1 2 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 要支援 1 2		
	認定内容	有効期間 令和○年△月□日 から 令和○年△月□日		

被保険者本人に関する各項目をご記入ください。被保険者番号は介護保険の被保険者番号になります。

※ 現に受けている認定の取消を届け出た場合、認定の有効期間は取消しの決定日までとなります。

提出 代 行 者	名 称	該当に○ <input checked="" type="radio"/> 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・介護医療院） ○○地域包括支援センター
	住 所	〒○○○-△△△△ 佐倉市○○ ○-△-□ 電話番号○○○-△△△△-□□□□

被保険者本人に代わって家族やケアマネジャー等が申請される場合にご記入ください。ご本人が申請される場合は記入不要です。

注) 家族、代理人等が届出を行う場合においても、この欄に記載してください。

取消しを要する理由	該当に○ 1. 介護保険サービスの利用が無くなったため 2. 医療保険でリハビリテーションを利用するため 3. その他（ ）
-----------	---

取下理由を選択してください。1.2に該当しない場合は、3に具体的な理由をご記入ください。