

要介護認定等（申請）取消申出書

大野城市長 様

次のとおり、要介護認定等の取消を申し出ます。

※は「認定取消」の場合のみ記入

申出年月日	年 月 日	申請日・申請区分	年 月 日（新規・更新・変更）
被保険者番号			生年月日 M・T・S 年 月 日
被保険者氏名			
被保険者住所	〒	電話番号	() -
取消理由			
認定年月日※	年 月 日	要介護度※	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
居宅サービス 計画作成届出 ※	有	届出年月日※	年 月 日
	無	居宅介護支援事業者名※	

届出者氏名		被保険者本人との関係	
届出者住所	〒	電話番号	()

* 保険者確認欄（記入しないでください）

被保険者証	資格者証	新保険証
回収 未回収（処理 ）	回収 未回収（処理 ）	出力済み 送付済み（ ）

- ・ ADWORLD： 申請取消情報 入力済
- ・ レインボー： 入力済 ・ 未 ・ その他（ ）

<申請中の場合は以下も>

- ・ 意見書： 回収済（AD入力済） ・ 不要 → 病院連絡済 AD依頼取消 入力済
- ・ 訪問調査票： 回収済 ・ 調査機関連絡済 ・ その他（ ）
- ・ 審査会割付担当者： 通知済 ・ 未 ・ その他（ ）

※ 窓口受付担当の方へ

認定を取り消すと、申請日以降介護サービスを利用できなくなることを了解の上、申請を受理してください。
居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）にもその場で確認を取ってください。

受付担当者 _____