様式第5号(第11条関係)

介護保険要介護認定・要支援認定取消申請書

年　　月　　日

　　豊岡市長　様

申請者　住所

氏名

〔本人以外の場合：続柄　　　、電話番号(　　　)―　　―　　　〕

　先に受けた介護度の認定を取り消していただきたく、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 認定年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 性別 | 男・女 | 介護度 | 　 |
| 住所等 | 〒　　　―　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　―　　　― |
| 申請理由(今後の介護対応等) | 　 |

注1：この可否は、決定しだいに書面によって通知しますが、本申請を承認した場合における認定の取消日は、本書に係る申請日(受付日)になります。従って、この日以降において介護サービスを利用された場合は、全額が自己負担になります。

注2：認定の取り消しを止めたい場合、本書に係る申請月と同月内であれば、取消の取り止めとして処理できますが、翌月以降においては、改めて認定申請を行っていただくことになります。

注3：頻繁に認定申請と取消申請を繰り返されるなど、不適切であると判断した場合には、取消後の再認定に要する主治医意見書及び認定調査票の作成並びに認定審査会の開催に要する費用を負担していただきます。