

様式第5号の11 (第11条の3関係)

介護保険 (要介護・要支援) 認定取消届

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

被 保 険 者	被保険者番号		届 出 日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏 名		性別・年齢	男・女 (歳)
	住 所	〒 電話番号：		
	取消を求める 認 定 内 容	要介護状態区分 (1・2・3・4・5)		要支援状態区分 (1・2)
	有効期間： 年 月 日 から 年 月 日 まで			
サービス利用の有 無	有・無		(居宅介護支援事業所名)	

※ 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の決定日までとなります。

提 出 代 行 者 等	該当に○ [地域包括支援センター・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・指定介護療養型医療施設]
	代理の場合、本人との関係：
	〒 電話番号：

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。

取消を要する理由	
----------	--

注)

- ・通常、下記「認定取消決定日の指定」欄への記載は必要ありません。ただし、介護サービス受給等の都合により、認定取消決定日の指定をしたい場合は、下記「認定取消決定日の指定」欄に記載し、事前に届出てください。
- ・届を受理した日より前の認定取消決定日の指定はできません。
- ・「認定取消決定日の指定」欄に記載がない、あるいは、届を受理した日より前の認定取消決定日が指定されている場合は、当組合が認定取消の日を決定します。

認定取消決定 日の指定	年 月 日	[認定取消決定日の指定] の理由
----------------	-------	------------------

特定高齢者を把握するために必要があるときは、「介護保険 [要介護・要支援] 認定取消届」により認定の取消をされた場合は、認定を取消されたことを島原地域広域市町村圏組合から地域包括支援センターに提示することに同意します。

署名