

申請取下げ願い(住宅改修・福祉用具購入)

年 月 日

播磨町長 様

先に申請しました下記の申請について取下げをお願いいたします。
(該当する番号に○をつけてください。)

1. 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請 (確認番号)
2. 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請 (確認番号)

フリガナ											
申請者氏名 (被保険者)	被保険者番号				0	0	0	0			
住所	〒 — 電話番号() —										
届出者 ※事業所名は届出人が事業所等の場合記入してください。	住所： 事業所名： 氏名： 本人との関係() 電話番号 () —										
取下げ理由											

※承認通知書等の発行を受けている場合は、この取下げ書に添付してください。
※申請者は被保険者です。被保険者が死亡している場合は、相続人が申請者となります。