

介護保険福祉用具購入費支給申請 取下書

受付印

加古川市長 様

令和 年 月 日付けで提出しました、福祉用具購入費支給申請
を取下げします。

①対象者

被保険者番号	000
被保険者氏名	
住民票住所	加古川市
電話番号	()

②取下げ理由

③受理番号 令和 年度 () 番

④届出人

住所 _____

氏名または事業者名
(自署または記名・押印) _____

続柄 _____ ※原則、本人・親族に限ります。
※下記の確約が可能な場合、福祉用具販売業者も可

電話番号 _____ () _____

※福祉用具販売業者が届出を行う場合、当該福祉用具購入に関する問題が生じた場合は、対象者(被保険者)と福祉用具販売業者の二者間で解決することを確約します。