

# 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。