

年 月 日

東郷町長 殿

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い承認申請取下げ書

申請者 住所 _____

(被保険者) 氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

※申請者が被保険者以外の場合 続柄 [_____]

次のとおり、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い承認申請を取り下げます。

フリガナ 被保険者名		保険者番号	■■■■																	
		被保険者番号																		
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女																	
住 所	〒 _____ 電話番号 (_____)																			
承認申請日	年 月 日	承認決定日	年 月 日																	
取下げ理由																				

(注意)

この取下げ書を提出する際は、「介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費承認（不承認）通知書」を添付してください。