

介護保険福祉用具購入費支給申請 取下げ依頼書

世田谷区長あて

年 月 日

利用者氏名

住所

被保険者番号

取下げ理由

令和 年 月 日付けで申請した介護保険福祉用具購入費支給申請について、上記の理由により取下げいたします。

申請者氏名

(続柄 )

住所

☐ ケアマネジャー了承済

事業所名

ケアマネジャー氏名

☐ 販売事業所了承済

事業所名

担当者氏名