

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請取下書

フリガナ			保険者番号		2	0	4	0	3	2
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別					
住所	高森町 （電話番号 — ）									
福祉用具名 （種目及び商品名）	製造事業者名	販売事業者名	購入金額		購入年月日					
			円		令和	年	月	日		
			円		令和	年	月	日		
			円		令和	年	月	日		
申請取り下げ の理由										
<p>高森町長様</p> <p>上記のとおり居宅介護（支援）福祉用具購入費支給についての申請を取り下げします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 ④ 電話番号 —</p>										