**介護保険住宅改修費・福祉用具購入費（事前申請・支給申請）取下げ依頼書**

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

門川町長　様

申請者　住所

印（続柄：　　　　）

氏名

 年 月 日付けで申請した介護保険住宅改修費・福祉用具購入費（事前申請・支給申請）について、下記の理由により取下げいたします。

記

門川町

利用者　住所

　氏名

被保険者番号

取下げ理由

* ケアマネージャー了承済

事業所名

ケアマネージャー

氏名

* 施工（販売）事業者了承済

事業者名

担当者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 受　付　印 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 【門川町記入欄】 |  |  |  |
| 決裁 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係　　員 | 担当者 |  |  |
|  |  |  |  |  |