

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費申請取下げ書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり 年 月 日に承認された介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費申請を取下げます。

		取下げ年月日	年 月 日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請代行者 所属名称	申請を代行する場合、事業所名を記載してください。		
申請者(代行者) 住所	〒 電話番号 ー		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は不要です。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ									性別	生年月日
	氏 名									男・女	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 電話番号 ー									

理 由	
-----	--

介護保険課記載欄