

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請取消書

年 月 日

大野城市長 様

【申請者】

住 所：

氏 名：

被保険者との関係：

印

※受領委任（給付券方式）の場合は代理受領者も記入してください。

【代理受領者】

住 所：

事業所名：

代表者名：

印

先に申請しました介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請を、下記のとおり取り消しいたします。

記

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付券発行日 <small>(※受領委任の場合のみ)</small> | | 承認番号 <small>(※受領委任の場合のみ)</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取 消 理 由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※受領委任（給付券方式）の場合は、発行済給付券を添付してください。