

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給 申請取下げ書

武蔵野市長 殿
申請を次のとおり取下げます。

申請者	氏名		本人との関係	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		

被保険者	被保険者番号				
	フリガナ				
	氏名	(□申請者と同じ)			
	住所	〒 _____ (□申請者と同じ) 電話番号 _____			
	申請日	年 月 日	取下げ日	年 月 日	
	取下げ理由				

提出代行の場合

提出代行者	名称	(担当者名 _____)		
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		

高齢者支援課記入欄

			担当確認欄		收受印
受付場所	收受方法	住改受付簿 入力日	領収書（原本） 返還希望	有 ・ 無	
高齢者支援課	郵便				
	窓口	入力担当者			
その他 (_____)	その他				

※原則として被保険者本人が申請者となります。
 ※取り下げ理由が死亡等の場合は、ご家族の方がご申請ください。
 ご家族の方からの申請が難しい場合に限り、ケアマネジャーまたは福祉用具専門相談員が申請者となります。