

介護保険 福祉用具 申請取下書

尼崎市長あて

		取 下 年 月 日	令 和	年	月	日
届出人氏名			本人との関係			
住所又は所在地	〒		電話番号	()		

*届出人が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者番号	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>															
フリガナ			生年月日	明・大・昭												
被保険者氏名				年	月	日										
住所	〒		電話番号	()												
申請年月日	令 和	年	月	日												
取り下げ理由																

※ 福祉用具申請の取下げ手続きは、本人・家族のほか、指定販売事業所または担当のケアマネージャーによる代行申請ができます。

※ 郵送でも受付します。 提出先 : 〒660-8501 尼崎市東七松町1-23-1

尼崎市役所 介護保険事業担当課 給付担当 TEL (06) 6489-6350

FAX (06) 6489-7505

〈 所管課使用欄 〉

受 付 日	月	日	入 力 日	月	日		
上記取下申請について、決定します。				課 長	係 長	係	受付者