

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請取下げ書

年 月 日

藤 沢 市 長

住 所

申 出 人
(被保険者)

電 話 番 号

※申出人が被保険者以外の場合 続 柄 []

次のとおり、介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請を取下げます。

取 下 げ 日		年 月 日									
確 認 番 号											
被保険者	被保険者番号										
	氏 名										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	住 所	〒 藤沢市									
	電話番号										
取 下 げ 理 由											

(事務担当:介護保険課 総務・給付担当)

* この取下げ書を提出する際は、「介護保険 住宅改修 確認結果通知書」を持参してください。