介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書の取り下げ願い

日南市長　様

申請者

住所：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　印　　被保険者番号：

　　年　　月　　日に申請しました介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書の取下げをお願いいたします。

経過および理由：

　　年　　月　　日

事業所名：

介護支援専門員等名：　　　　　　　　　　　　　　　印

※　日南市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修承認決定通知書の発行を受けている場合は、この取り下げ書に添付してください。

※　申請者は被保険者です。被保険者が死亡している場合は、相続人が申請者となります。