

年 月 日

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給事前承認申請の取下げについて

（あて先） 大 津 市 長

申請者住所 _____

氏 名 _____

担当CM _____

下記のとおり、介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給事前承認の申請を取り下げます。

記

購入用具

--

取下げ理由

--

大津市記入欄	
(番号)	(受付)
—	