

介護保険(介護予防)福祉用具購入費承認申請取り下げ書

年 月 日

川西市長 あて

被保険者番号

住 所

氏 名

年 月 日付けで申請しました福祉用具購入費承認申請について、下記の理由
で取り下げを申し出ます。

記

取り下げとなる理由	
-----------	--