

介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請  
取下届

大里広域市町村圏組合管理者 宛

年 月 日

年 月 日付で申請した介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請については、次により取下げいたします。

○被保険者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

○取下げ理由 該当する理由に○をつけてください。

1. 本人が入院・入所したため
2. 申請内容（体の状態（理由書）・工事内容（見積書）・その他）に変更が生じたため
3. 本人死亡のため
4. その他

[ ]

届出人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

関 係 本人・ \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_