

様式第5号（第9条関係）

年 月 日

日向市居宅介護予防福祉用具購入費助成内容取下書

フリガナ		被保険者	
被保険者等		番 号	
氏 名	(※)	生年月日	年 月 日

(※) 本人が手書きしない場合、記名押印してください。

年 月 日に申請を行った日向市居宅介護予防福祉用具購入費助成事前審査依頼書兼助成金交付申請書の内容について、下記のとおり取り下げます。

取下げの理由：