

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様

申請者 住 所
(被保険者) 氏 名
電話番号

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入内容変更(中止)申請書

年 月 日付第 号で確認された福祉用具の購入について、内容を(変更 ・ 中止)したいので、鳥栖地区広域市町村圏組合介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 変更内容

福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業所名(事業所番号)・製造事業者名		購入予定金額	購入予定日
	販売事業所名		円	
	販売事業所番号			
	製造事業者名			
	販売事業所名		円	
	販売事業所番号			
	製造事業者名			
	販売事業所名		円	
	販売事業所番号			
	製造事業者名			

(購入予定の福祉用具のパフレット及び見積書を添付してください。)

2 中止内容

3 変更・中止の理由