

令和 年 月 日

精神障害者保健福祉手帳申請取り下げ書

堺市長様

住所

氏名

連絡先 ()

私が、令和 年 月 日に行った精神障害者保健福祉手帳に関する下記の申請については、取り下げます。

記

申請内容 : 精神障害者保健福祉手帳の 申請