

(参考様式)

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書取下書

年 月 日

堺市長 様

住 所

届出者

氏 名

電話番号

(本人との続柄)

年 月 日に行った自立支援医療費(精神通院医療)支給認定に関する申請を
取り下げします。

記

受診者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
取り下げ 理由				
備考				

受付印	受理印