

堺市特定医療費（指定難病）支給認定申請取下げ届出書

年 月 日

堺市長 殿

受診者 住所 _____

氏名 _____

申請者 住所 _____

氏名 _____

※申請者には、特定医療費（指定難病）支給認定申請書に記載した申請者を記載してください。
※受診者本人が申請者の場合は、申請者の記載は不要です。
※受診者欄は受診者が、申請者欄は申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

____年 ____月 ____日付で提出した堺市特定医療費（指定難病）支給認定申請書により申請した事項について、堺市難病の患者に対する医療等に関する要綱第4条の規定により下記のとおり取り下げます。

記

1 申請時の病名

2 取下げの理由

3 取下げに係る申請書の取扱い ※希望の項目に☑を記入してください。

- 再申請に活用するので、返却不要です。
- 返却してください。
- 返却不要です。堺市で処分してください。