

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請取り下げ書

令和 年 月 日

和歌山県知事 様

申請者氏名
（提出者氏名）
住 所
対象者との続柄

印

次の理由により障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53条に基づく申請を取り下げます。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号（ ） -		
取 り 下 げ 理 由				
備 考				

※届出者名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする事。