

令和 年 月 日

倉敷市 社会福祉事務所長 あて

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請取下げ書

令和 年 月 日付けで関係書類を提出した自立支援医療費（更生医療）支給認定申請については、都合により取り下げます。

申請者 住 所 倉敷市 _____

氏 名 _____

*支給認定申請者と異なる場合

交付申請

申請者氏名 _____

取下申請者との続柄 _____