

(参考様式)

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請取下書

年 月 日

大阪府知事 様

住 所 _____

届出者

氏 名 _____

(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
取り下げます。

記

受診者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
取下理由				
備考				

【市町村記入欄】

大阪府への 進達年月日	年 月 日
申請内容	新規・再認定・継続・変更(保険・所得区分・医療機関)・転入

市町村受付印	大阪府受付印