

(介護給付費 訓練等給付費 特別障害者特別給付費 療養介護医療費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請取下書

平成 年 月 日

大崎市社会福祉事務所長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

先に申請した（介護給付費 訓練等給付費 特別障害者特別給付費 療養介護医療費）支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請について下記の理由により取下げいたします。

記

1 支給決定障害者氏名	
2 受給者証番号	
3 取下する障害福祉サービス	
4 取下年月日	平成 年 月 日付
5 取下理由	※一般就労の場合 就 労 先： 雇用形態：正規・非正規・障害者