（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

　　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 | 年　　月　　日付 |
| ５　取下げ理由 | ※一般就労の場合  就労先：  雇用形態 ：正規・非正規・障害者 |