

(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