様式第11号

**住宅改修費給付申請取下届**

　　年　　月　　日

大阪市　　　保健福祉センター所長様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 住所 | 電話（　 　　　　　　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 氏名 | （対象者との続柄　　　　　　　　） |
| 対象者 | 住所 | 電話（　 　　　　　　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |

　　　　　　　　　（注）１．届出者が対象者である場合、対象者欄は記入不要。

　　　　　　　　　　　　２．届出者は、取り下げる申請の申請者または対象者となります。

住宅改修費給付申請を取り下げます。

以下、保健福祉センター記入欄

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |

上記届出により、住宅改修費給付申請を取り下げます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁欄　 | 起案年月日 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 担当係長 | 係員 |  | 公印審査 | 文書主任 |
| ・　　・　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 決裁年月日 |
| ・　　・　　　 |