

令和 年 月 日

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請取下書

(提出先) 大阪市長

私は次のとおり、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請を取り下げます。

取下者 氏 名

申請区分【 新規 ・ 継続 ・ 変更（ 保険 ・ 所得区分 ・ 医療機関 ・ その他 ） ・ 転入 】※1

受診者	氏名		生年 月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
	個人 番号			
	住所	大阪市 区		
保護者（受診者 が18歳未満の 場合記入	氏名			
	個人 番号			
	住所			
申 請 書 提 出 日			平成 ・ 令和 年 月 日	
取下書 を提出 した者	氏名		本人 との 関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	住所	連絡先（ ）		

※1 新規・継続・変更（保険、所得区分及び指定医療機関の変更の場合）・転入のいずれかに○をする。
複数の変更がある場合は、変更する事項すべてに○をすること。