

精神障がい者保健福祉手帳申請取下届

令和 年 月 日

(提出先) 大 阪 市 長

届 出 者	住所	電話 ()
	氏名	(本人との続柄)
本 人	住所	電話 ()
	氏名	

(

- 注) 1. 届出者が本人である場合、本人欄は記入不要
2. 届出者は、取り下げる申請の申請者または本人となります。

(申請内容) _____を取り下げます。