　　令和　　　年　　月　　日

　自立支援医療費（育成医療）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（育成医療）支給認定申請を取り下げます。

取下者(申請者)　　氏　名

※１

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 】※２

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 平成・令和  　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 住所 | | 大阪市　　　　　区 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　書　提　出　日 | | | | | | | | 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 取下書を提出した者 | 氏名  ※１ |  | | | | | | | | | | 受診者  との関係 | | | | | | | |  | | | |
| 住所  ※３ | 連絡先　　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※１　受診者以外の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

※２　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。

※３　上記の欄の「保護者」と住所が同じ場合は、連絡先（電話番号）の記載のみで可。