

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。