

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費・療養介護医療費
支給兼利用者負担額減額・免除等申請取下届

津山市長様

受付

令和 年 月 日の支給申請等を取り下げます。

申請者	受給者番号														
	フリガナ										生年月日	明治	大正	昭和	平成
	氏名											年月日	年	月	日
	住所	〒													
		電話(ファクス)番号										-	-		

取下理由	<p>(該当項目に☑チェックしてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 障害福祉サービスを利用していないため</p> <p><input type="checkbox"/> 心身状況の改善等により、障害福祉サービスの利用を必要としないため</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>(具体的な理由を下記にご記入ください)</p>
------	--

届出年月日	令和 年 月 日
フリガナ	
届出者氏名	申請者との関係
届出者住所	〒
	電話(ファクス)番号 - -