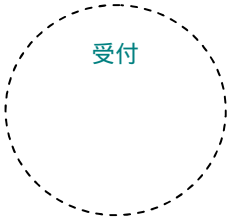


介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費・療養介護医療費
支給兼利用者負担額減額・免除等申請取下届

津 山 市 長 様



平成 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		
	住 所	〒														
		電話(ファクス)番号 - -														

取 下 理 由	(該当項目に☑チェックしてください) ☐ 障害福祉サービスを利用していないため ☐ 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 ☐ その他
	(具体的な理由を下記にご記入ください)

届 出 年 月 日	平成 年 月 日		
フリガナ			申 請 者 との関係
届 出 者 氏 名			
届 出 者 住 所	〒		
電話(ファクス)番号 - -			