

地区名	No.
-----	-----

年 月 日

介護給付費等支給申請取下書

(あて先)札幌市 区保健福祉部長

年 月 日付でしました介護給付費等の支給申請につきまして、次のとおり申請を取下げます。

フリガナ 申請者 (保護者)氏名		生年月日	年	月	日
フリガナ 申請に係る 児童氏名		生年月日	年	月	日
		続柄			
居住地	〒 電話番号				
取下げ る 給付費等の種類					
取下げをする申請 に係る障害福祉 サービス等の種類					