

年 月 日

横 浜 市 長

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定取下げ届

次のとおり自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定の申請を取下げます。

申 請 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
受給者番号		
取下げる対象となる 申請の申請日		年 月 日
取下げ理由		

# 記入例

横浜市 長

取下げ届を記入した日付をご記入ください。

年 月 日

受診者が18歳未満の場合は保護者の署名、18歳以上の場合は受診者本人の署名

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定取下げ届

取り下げ申請をする自立支援医療（精神通院医療）の受診者の情報を記載してください。

の申請を取下げます。

申請者	フリガナ	ヨコハマ タロウ
	氏名	横浜 太郎
	生年月日	昭和50年1月1日
	住所	横浜市中区港町1-1
受給者番号		0000000
取下げる対象となる申請の申請日		令和4年4月1日
取下げ理由		