|  |
| --- |
| 自立支援医療 |

様式例　自３

**取下書**

第　　　　号

令和　　年　　月　　日

　千葉県　　　障害者相談センター所長　様

長

　令和　　年　月　日付けで判定依頼した下記の者に対する判定依頼を取下げます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 取下事項 | 　自立支援医療　じん臓・免疫・その他（　　　　　　　　　）　　　 |

千葉県中　央東葛飾障害者相談センター