様式第８号

自立支援医療（育成医療）支給認定申請等取下書

年　　月　　日

（宛先）さいたま市保健所長

申請者　住　　所

氏　　名

電話番号

受診者との続柄

下記のとおり、自立支援医療（育成医療）についての申請を取り下げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者名 |  |
| 申請内容 | ・新規、再認定  ・支給認定変更（指定医療機関、自己負担上限月額、治療見込期間等）  ・申請内容変更届出（氏名、住所、保険等）  ・治療材料費、移送費  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 |
| 取下理由 |  |
| 申請書類の取扱い | ・返却を希望しない  ・返却を希望する（　窓口　・　郵送　）  　＜窓口の場合＞  　・返却場所　１．保健所　２．保健センター（　　　区）  　・返却希望日　　　　　　　年　　　月　　　日  　＜郵送の場合＞  原則、申請時住所へ申請者宛に返却します。申請時住所と異なる住所へ返送する場合は、新住所の記載のある住民票等が必要です。 |

※申請内容については、該当の申請に〇をすること。