特定医療費（指定難病）支給認定

新規

更新　　　の申請に係る取下書

変更

岡山県知事　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

住　　所

氏　　名

続　　柄

※本人でない場合は、委任状（任意様式）の提出が必要です。

電話番号　（　　　　　　　）　　　　　　－

　令和　　　　年　　　　月　　　　日付けで行った特定医療費（指定難病）支給認定に係る申請を取り下げます。

　なお、提出した申請書類について、次のとおりお取り扱いください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希　望 | 内　　　容 |
|  | 　破棄してください。 |
|  | 　可能なものは返却してください。 |

　　※希望する方に「○」をつけてください。