

令和 年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長 様

取 下 げ 書

令和 年 月 日付で申請しました (受診者) に係る
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請を取り下げます。

取下げ理由

申請者 住所

氏名