

特定医療費(指定難病)支給認定

（新規
更新
変更）の申請に係る取下書

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。