

年 月 日

精神障害者保健福祉手帳申請取り下げ書

大阪府知事 様

記入者住所

記入者氏名

印

下記の精神障害者保健福祉手帳の申請について、取り下げます。

記

申請日	年 月 日
申請者住所	
申請者氏名	