

児童福祉法

障害者総合支援法 による障害福祉サービス

支給取り消し申出書

令和 年 月 日

(提出先) 枚方市福祉事務所長

(申請者)

住所

氏名

印

対象者本人との続柄

私は、令和 年 月 日付けで、障害福祉サービスの支給について、下記の理由により取り消し申請します。(※受給者証添付)

【対象者】

住 所	枚方市		
フリガナ		電話番号	
名 前		生年月日	年 月 日

【支給を取り消すサービス】

--

【理由】

① 本人の希望とはそぐわないため
② 他の制度を利用するため不必要となるため
③ 就労するため
④ その他 (具体的に)

・上記理由にて取り消してよろしいか。

起案日 令和 年 月 日 決裁日 令和 年 月 日

決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員	文書管理

枚方市福祉事務所処務規程 第4条 号