　　　年　　　月　　　日

佐 世 保 市 長　　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

身体障害者手帳申請の取り下げについて

令和　　年　　月　　日付で身体障害者手帳交付申請を行いましたが、下記の理由により取り下げます。

記

　１　対象者氏名

　２　取り下げ理由

以　　　　上