

遅延理由書

下記の理由により、自立支援医療（育成医療）支給認定申請が遅れていましたので、支給開始日を治療等開始日までさかのぼって認めていただきたく、お願いいたします。

【遅延理由】

| |
|---|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|

中央市福祉事務所長 殿

令和 年 月 日

住 所 _____

受診者氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____