

年 月 日

嘉手納町長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
（対象者との関係： ）  
電話番号

高齢者等食の自立支援事業申請取下書

次のとおり、申請を取下げます。

対象者	氏名：	性別：	生年月日：
	電話番号：		年 月 日生 歳
	住所：		
	( 区)		
申請取下 の区分	利用申請 ・ 変更申請 ・ 中止申請		
申請取下 の理由			