

县救助办事处名称和地址

案件标识				
县	记录编号	分类	承办案件数	区域
记录名称				日期

自愿撤销单

姓名 _____

地址 _____

电话 _____

本人 _____ 希望

为下列人员停发补贴或撤销申请：

为我的整个家庭停发补贴或撤销申请

说明 _____

我理解，我可以随时重新申请补助。

签名 _____ 正楷签名 _____

日期 _____

CASH 现金	MA 医疗	SNAP 食品补助
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

