様式第９号（第１４条）

年　　月　　日

　四街道市長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

届出者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

重度心身障害者医療費助成受給券返納届

受給資格を喪失しましたので、四街道市重度心身障害者医療費助成条例施行規則第１４条の規定により、下記のとおり受給券を返納します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害者氏名 |  | | | | | | |
| 返納の理由 | 該当する項目に○をしてください。  　１　転　出  　２　死　亡  　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | |