

重度心身障害者医療費助成金受給者証返還届

年 月 日

中央市長 殿

住 所

届出人

氏 名

印

受給者との続柄 ()

連絡先

()

次のとおり重度心身障害者医療費助成金受給者証を返還いたしますので届け出ます。

受給者

住 所

中央市

氏 名

生年月日:

年

月

日

受給者番号

返還理由

該当の番号を丸で囲んでください。

- 1 死亡した。
- 2 障がいの程度の変更等により受給資格がなくなった。
- 3 本市に住所を有しなくなった。(転出先:)
- 4 忘失した受給者証を発見した。
- 5 その他 ()

振込先変更

被相続人に係る医療費を受理する代表者として、次のとおり届け出ます。

代表相続人氏名		被相続人との続柄		住 所	
振込先金融機関		口座名義 (カタカナ)		預金種別	口座番号
銀行・金庫	支店			普通	
組合・農協	支所			当座	

私は、代表相続人の届け出及び医療費振込口座の変更に関し、中央市重度心身障害者医療費助成条例を遵守致します。また、この件に関して第三者と何らかのトラブル等が生じた場合も自己の責任において対処するものとし、貴市には一切迷惑をかける事を誓います。

年 月 日

中央市長 殿

代表相続人氏名

印

備考 ※この欄は記入しないでください。

受給者証の返還 有 ・ 無