

## 自立支援医療（育成医療）受給者証返還届出書

受診者氏名	受診券番号									
	負担者番号	1	6	1	9	6	0	1	6	
	受給者番号									/
個人番号										

返還理由	1. 治癒	2. 死亡	3. 県外転出	4. その他（         ）
返還理由発生 年月日	年	月	日	

- ※ 該当する返還理由に○をしてください。
- ※ 受給者証を添付してください。

上記のとおり返還を届出ます。

令和    年    月    日	届出者氏名	印
中央市福祉事務長	受診者との続柄（         ）	
殿		

【 育成医療 】