

様式第6号(第8条関係)

心身障害者医療費受給者証返納届出書

受給者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所				続柄	
	加入保険					
	記入番号					
	保険者名					
障害者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所					
変更事項	1 助成期間終了 2 転出(転出先) 3 死亡 4 その他()					
備考						

上記の心身障害者医療費助成受給者証を返納します。

年 月 日

七ヶ浜町長 殿

住所
受給者

氏名

※ 本人が手書きしない場合は、記名押印