

様式

自立支援医療費受給者証 返還 届(育成医療)

※ 受診者に関する事項

フリガナ		住所	生年月日	年	月	日	歳
氏名							

※ 保護者に関する事項

フリガナ		住所	続柄
氏名			

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

※ 返還に関する事項

事由	1 通院を終了	2 死亡	3 その他()
----	---------	------	----------

私は、上記のとおり自立支援医療費受給者証の返還の届出をします。

届出者氏名

--

(届出者は、受診者が18歳未満の場合は保護者、それ以外は受診者です。)

年 月 日 (あて先) 東松島市社会福祉事務局長