

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	受給者証番号		氏名	
返納事項	1 助成期間終了（終了日 年 月 日） 2 転出（転出先 転出日 年 月 日） 3 死亡（死亡日 年 月 日） 4 その他（ ）			
備考	（受給者死亡時のみ） 死亡に伴い、上記受給者への今後発生する可能性がある心身障害者医療費助成については、下記口座に振り込みされることを承諾します。			
	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名			支店名等
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

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

東松島市長 様

届出者氏名

（受給者との続柄： ）

様式第8号（第10条関係）

心身障害者医療費受給者証再交付申請書

受給者	受給者証番号		氏名	
	住所			

上記の心身障害者医療費助成受給者証を
破損 したので再交付を申請します。
亡失

年 月 日

東松島市長 様

申請者氏名

(受給者との続柄：)