

重度心身障害者医療費受給者証返還届書

年 月 日

会津坂下町長 殿

住所
届出人 氏名 印

次のとおり重度心身障害者医療費給付資格を喪失したので受給者証を添えて届けます。

受給者	受給者証番号	第 号
	氏名	
	住所	
返還理由 (該当する事項を○で 囲んでください。)	1 重度心身障害者でなくなった。 2 会津坂下町重度心身障害者医療費の給付に関する条例 第4条に該当 3 町の区域内に住所を有しなくなった。 4 死亡した。	