

障害者自立支援医療特別対策事業受給者証返還届

受 診 者	フリガナ								生年月日	
	氏 名								年 月 日	
	住 所	〒								電話番号

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

受給者証の有効期間	から まで							
-----------	-------	--	--	--	--	--	--	--

返還の理由	該当するものに○を付けてください。 ※その他の場合は理由を記載してください。							
	1 治療の終了							
	2 受診者の申し出							
	3 死亡							
	4 転出							
	5 回復した							
	6 その他（理由： ）							

上記理由により、障害者自立支援医療特別対策事業受給者証を返還します。

届出者氏名

年 月 日

京都市長 殿