

重度心身障がい者医療費受給者証返還届

年 月 日

矢吹町長

届出人 住所
氏名 ㊟
(受給者との続柄：)

次のとおり、重度心身障がい者医療費給付資格を喪失したので受給者証を添えて届出します。

受給者	受給者番号	
	氏名	
	住所	
返還理由	<p>〔該当する事項〕 を○で囲んでください</p>	<p>1 条例第2条第1項に規定する重度心身障害者でなくなった。</p> <p>2 条例第3条に規定する対象者でなくなった。</p> <p>3 死亡した。(年 月 日)</p>