

様式第6号(第8条関係)

障害者医療費受給者証返納届出書

受給者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所				続柄	
	加入保険					
	記号番号					
	保険者名					
障害者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所					
返納の理由	1 助成期間終了 2 転出(転出先 ) 3 死亡 4 その他( )					
備考						

上記の心身障害者に係る障害者医療費受給者証を返納します。

年 月 日

南三陸町長 様

住所  
受給者  
氏名