

記入例

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	障害者医療を受給している方の氏名、生年月日、住所、加入している保険を記入		
	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	返納の理由に○を付けてください。 転出の場合は、転出先を記入してください。			

上記の心身障害者に係る障害者医療費

令和●年●月●●日

申請日を記入

南三陸町長 様

住所 南三陸町志津川字沼田●●番地

受給者

氏名 三浦 太郎