

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			
	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