

## 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			
障 害 者	氏 名	生年月日	年 月 日	
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	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。		
備 考				

上記の心身障害者に係る障害者医療

令和●年●月●●日

南三陸町長 様

申請日を記入

受給者

住 所 南三陸町志津川字沼田●●番地

氏 名 三浦 太郎