

様式第5号(第11条関係)

重度心身障がい者医療費受給者証返還届書

年 月 日

西会津町長 様

住所
届出人
氏名



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けます。

受 給 者	受給者証 記号・番号	
	氏名	
	住所	
返還理由 〔 該当する事項を○で囲んでください。 〕	<ol style="list-style-type: none">1 重度心身障がい者でなくなった2 重度心身障がい者医療費の給付に関する規則第5条に該当3 町の区域内に住所を有しなくなった4 死亡した	