

自立支援医療(精神通院医療)受給者証返還届

年 月 日

福島県知事

住所  
届出者 氏名  
(本人との続柄 )

下記のとおり自立支援医療(精神通院医療)受給者証を返還します。

記

受診者氏名	
受給者証番号	
個人番号	
返還の理由	<p>(1) 心身の障がいの状態から自立支援医療を受ける必要がなくなったため</p> <p>(2) 受診者が他の都道府県に居住地を移したため</p> <p>(3) 紛失した自立支援医療(精神通院医療)受給者証が見つかったため</p> <p>(4) 本人死亡のため (死亡年月日 年 月 日)</p> <p>(5) 受給者証の有効期限が経過したため (有効期間 年 月 日)</p> <p>(6) その他( )</p>

※ 上記返還理由の該当番号に○を付けること

---



」