

(参考様式)

自立支援医療受給者証(精神通院)返還届

年 月 日

大阪府知事 様

住 所 _____

届出者

氏 名 _____

(本人との続柄 _____)

下記のとおり、自立支援医療受給者証(精神通院)を返還します。

記

受診者氏名	
受給者番号	
返還理由	(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 (2) 他の都道府県又は政令市に居住地を移したため (3) 紛失した自立支援医療受給者証(精神通院)が見つかったため (4) 本人死亡のため (死亡年月日: 年 月 日) (5) 有効期限が経過したため (6) 有効期間内の返却 (理由) (7) その他 (理由)

※ 上記返還理由の該当番号に○を付けること。
また、(4)には死亡年月日を、(6)・(7)には理由を記入すること。

市町村受付印

大阪府受付印

--	--