

重度心身障害者医療費受給者証返還届

平成 年 月 日

猪苗代町長様

住所
届出人
氏名 印

次のとおり、重度心身障害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	<p>〔該当する事項を○で囲んでください〕</p>	<ol style="list-style-type: none">1. 重度心身障害者でなくなった。2. 重度心身障害者医療給付条例第4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。