

重度心身障害者医療費受給者証返還届

令和 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	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。	

〔 該当する事項  
を○で囲んで  
ください 〕