

自立支援医療受給者証（精神通院）返還届

長崎県知事 様

平成 年 月 日

届出者 氏名[㊞]

住所

受給者との続柄

下記の事由により自立支援医療受給者証（精神通院）を返還します。

記

1 受給者証

受給者番号

有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

受診者氏名

生年月日 大・昭・平 年 月 日

住 所

2 事由（当該番号を○で囲んで下さい）

1 自立支援医療費支給の必要がなくなった

2 死亡

3 期限切れ

4 二重交付

5 その他（ ）

市町受理印

市町受理印