

自立支援医療受給者証（精神通院）返還届

長崎県知事 様

令和 年 月 日

届出者 氏名 _____ (印)

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・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日

受診者氏名

生 年 月 日 大・昭・平・令 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