

自立支援医療受給者証返還届（ 更生医療 ）

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒	電話番号

自立支援医療費受給者番号								
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者証の有効期間	から	まで
-----------	----	----

返還の理由	該当するものに○を付けてください。 ※その他の場合は理由を記載してください。 1 治療の終了 2 受診者の申し出 3 死亡 4 転出 5 回復した 6 その他（理由： ）
-------	---

上記理由により、自立支援医療受給者証を返還します。

届出者氏名

年 月 日

鳥栖市福祉事務所長 様