


## 指定難病医療受給者証 返還届

受 給 者	受給者番号									
	フリガナ									
	氏名	性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 ー ー 熊本市 区  TEL ( )								
返還の理由	1. 死亡 2. 治癒 3. 転出 4. 他法 5. その他 ( )									
事実発生日	年 月 日									
記										
上記の理由により、指定難病医療受給者証を返還します。										
平成 年 月 日										
熊本市長 大西 一史 様										
(届出者) 住所										
氏名										
受給者との続柄										
電話番号 ー ー										
 ※ 自署の場合は押印不要です。										

※ 届出の際は、指定難病医療受給者証を添付してください。