

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 | | | | | | | 生年 月日 | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | |
| <p>記</p> <p>上記の理由により、指定難病医療受給者証を返還します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>熊本市長 様</p> <p>(届出者) 住所</p> <p style="padding-left: 100px;">氏名</p> <p style="padding-left: 100px;">受給者との続柄</p> <p style="padding-left: 100px;">電話番号 ー ー</p> | | | | | | | | | | | | | |

※ 届出の際は、指定難病医療受給者証を添付してください。