

登録者証（指定難病）返還届

要 支 援 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	年 齡	
	氏 名					歳
	住 所	〒 ー 熊本市 区 TEL ()				
交付媒体 <small>※該当する方にチェックをしてください。</small>		<input type="checkbox"/> マイナンバー情報連携のみ <input type="checkbox"/> 書面交付あり ※登録者証（指定難病）を添付してください。				
返還理由 <small>※該当する番号を○で囲んでください。</small>		1 死亡 2 治癒 3 その他 ()				
事実発生日		年 月 日				
<p style="text-align: center;">上記の理由により、登録者証（指定難病）を返還します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>熊本市長 様</p> <p style="margin-left: 40px;">(届出者) 住所</p> <p style="margin-left: 80px;">氏名</p> <p style="margin-left: 40px;">受給者との続柄</p> <p style="margin-left: 40px;">電話番号 ー ー</p>						