

## 重度心身障がい者医療費受給資格者証返還届

福島市長

令和 年 月 日

住 所  
届出者  
氏 名  
(受給資格者との関係 )  
(電話 — — )

次のとおり重度心身障がい者医療費受給資格がなくなったので、受給資格者証を返還いたします。

受給資格者	受給資格者証番号	—
	フリガナ	
	受給資格者氏名	
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ (異なる場合はご記入ください。)
返 還 理 由	<p>1 重度心身障がい者に該当しなくなった。</p> <p>2 福島市以外に転出することになった。 (転出日 令和 年 月 日) (転出先 )</p> <p>3 福島市重度心身障がい者医療費の助成に関する条例の適用を受けなくなった。</p> <p>4 受給資格者が死亡した。(死亡日 令和 年 月 日)</p> <p>5 その他</p> <p>※受給資格者が死亡した場合、受給資格者への口座振込ができなくなりますので、助成申請がある場合は口座を変更してください。</p>	
	<p>( 該当する事項の数字を○で囲んでください。 )</p>	

(注意) 以下は記入しないで下さい。

課長	係長	担当者