

自立支援医療費 (精神通院医療) 受給者証返還届

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

自立支援医療受給者証を返還します。

<受給者証の交付を受けた者(受診者)>

| | | | |
|------------|-----|----------|----------------------|
| フリガナ 氏名 | | 生年 月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 住所 | 奈良県 | | |

<届出書を提出した者>

| | | | |
|----|-----------------|-----------------|--|
| 氏名 | Ⓜ (自署又は記名押印) | 交付を受けた 者との関係 | |
| 住所 | 電話番号 () | | |

<返還の理由>

(例：個人の事情による)

<受給者証を添付できない理由>

(例：紛失したため)

(注) 受給者証を添付できない場合は、その理由を<受給者証を添付できない理由>に記載してください。