

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		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。