

第5号様式

重度心身障害者医療費受給者証返還届

年 月 日

只見町長 様

申請者 住 所

氏 名

印

次のとおり、重度心身障害者医療費給付資格を喪失したので、受給者証を添えて届けます。

受 給 者	受給者証 記号・番号	
	氏 名	
	住 所	
返 還 理 由	<p>該当する事項 （を で囲んで ください）</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 重度心身障害者でなくなった。 2 重度心身障害者医療費給付条例第4条に該当 3 町の区域内に住所を有しなくなった。 4 死亡した。