

障害福祉サービス受給者証等返還届出書

令和 年 月 日

津 山 市 長 殿

私は次のとおり受給者証を返還します。

また、届出日をもって障害福祉サービス等に関する介護給付費等の支給も辞退します。

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 | <input type="checkbox"/> 療養介護医療受給者証 |
| <input type="checkbox"/> 地域相談支援受給者証 | <input type="checkbox"/> 通所受給者証 |

届出(支給決定)者

住 所

氏 名

印

連絡先

支給決定 障 害 者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	住所(居住地)			
	連絡先	※日中の連絡先 — —		
支給決定 に 係 る 児 童	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
	続 柄			
返 還 理 由				

提出者 ※届出(支給決定)者と同一の場合、記入不要

フリガナ			
氏 名		届出者との関係	
住 所			
連 絡 先	※日中の連絡先 — —		