

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