養　育　医　療　券　返　還　届

　養育医療券を下記の理由により返還します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者  番　号 |  |  |  |  |  |  |  | 指定養育  医療機関名 |  |
| 受療者  氏　名 |  | | | | | | | 申請者氏名 |  |
| 医療券  使用期間 | 年　　　　月　　　　日から　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 返還理由 | １．本人死亡（　　　　　年　　　月　　　日）  　２．町外転出（　　　　　年　　　月　　　日）  　３．その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

※添付書類：養育医療券

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（届出者）住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

長　洲　町　長　　様

|  |
| --- |
| 受理年月日 |
|  |