第5号様式

|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費受給者証返還届書年　　月　　日小野町長　　　　殿 |
| 届出人 | 住所氏名　　　　　　　　㊞ |
| 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 | 　 |
| 返還理由該当する事項を○で囲んでください。 | 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　市(町村)の区域内に住所を有しなくなった。4　死亡した。 |