

〇〇年〇〇月〇〇日

記入例

船橋市長 あて

住所 船橋市湊町〇〇-〇〇-〇〇

届出者氏名 船橋 太郎

続柄 子

電話番号 047 (〇〇〇) 〇〇〇〇

次の重度心身障害者に係る船橋市重度心身障害者医療費助成受給券を返納します。

■届出に係る重度心身障害者

住所	<u>船橋市湊町〇〇-〇〇-〇〇</u> (※上記住所と同じ場合は、同上で可)									
フリガナ	<u>フナバシ サブロウ</u>		生年月日	明治・大正	〇〇年〇月〇〇日					
氏名	<u>船橋 三郎</u>			昭和・平成 令和						
電話番号	<u>自宅</u> ・携帯・FAX <u>047 (〇〇〇) 〇〇〇〇</u>		受給者番号	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>

■返納事由 ※該当するものにチェック☑をしてください

<input type="checkbox"/> 転出	転出先住所							
	転出日	年 月 日						
<input checked="" type="checkbox"/> 死亡	死亡日	<u>〇〇</u> 年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日						
<input type="checkbox"/> 生活保護受給	生活保護受給開始日	年 月 日						
<input type="checkbox"/> 等級変更	等級変更開始日	年 月 日						
	等 級							
<input type="checkbox"/> 所得超過	年 度							
	異 動 日							
<input type="checkbox"/> その他								
備考	<p>【受給券の添付の有無について】</p> <p>※ 該当する箇所にチェック☑をしてください。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有り</p> <p><input type="checkbox"/> 無し</p> <p>返却方法について○をしてください。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>後日、郵送</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>窓口へ持参</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>紛失</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	後日、郵送	<input type="checkbox"/>	窓口へ持参	<input type="checkbox"/>	紛失
<input type="checkbox"/>	後日、郵送							
<input type="checkbox"/>	窓口へ持参							
<input type="checkbox"/>	紛失							

該当するものに☑をお願いします。

