

年 月 日

船橋市長 あて

住 所 _____

届出者 氏 名 _____

続 柄 _____

電話番号 ()

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							
フリガナ		生年月日	明治・大正	年 月 日			
氏 名			昭和・平成				
電話番号	自 宅 ・ 携 帯 ・ FAX ()	受給者番号					

■返納事由 ※該当するものにチェック☑をしてください

☐ 転 出	転 出 先 住 所	
	転 出 日	年 月 日
☐ 死 亡	死 亡 日	年 月 日
☐ 生 活 保 護 受 給	生 活 保 護 受 給 開 始 日	年 月 日
☐ 等 級 変 更	等 級 変 更 開 始 日	年 月 日
	等 級	
☐ 所 得 超 過	年 度	
	異 動 日	
☐ そ の 他		
備 考	【受給券の添付の有無について】	
	※ 該当する箇所にチェック☑をしてください。	
	☐ 有り	
	☐ 無し	
	返却方法について○をしてください。	
	後日、郵送	
	窓口へ持参	
	紛失	