

自立支援医療受給者証返還届

年 月 日

静岡県精神保健福祉センター所長 様

(〒 -)

住 所

氏 名

(返還者氏名)

電 話 番 号

受給者番号

次のとおり自立支援医療受給者証を返還します。

返還の理由（該当する理由を○で囲んでください）

- (1) 紛失等により受給者証の再交付を受けたが、失った受給者証を発見した
- (2) 支給認定の有効期間が満了した
- (3) 他の都道府県（政令市を含む）に居住地を移した
- (4) 自立支援医療（精神通院）の支給認定を受ける理由がなくなった
- (5) 受診者が死亡した（受診者氏名： _____）
- (6) その他（ _____ ）