**堺市特定医療費（指定難病）受給者証返還届**

年　　　月　　　日

堺市長　殿

　堺市難病の患者に対する医療等に関する要綱第５条の規定により、次の理由により堺市特定医療費（指定難病）受給者証を返還します。

本庁受付欄

（担当：　　　　　）

保健センター受付欄

　（担当：　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | 受給者  との続柄 |  |
| 返還理由 | □　受給者の死亡　　（死亡年月日：　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □　転出　　（転出（予定）日：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| □　受給者証再交付後の発見 | | | |
| □　支給認定の有効期間の満了 | | | |
| □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

（受給者証　貼付欄）

※受給者証を紛失等により貼付できない場合は、以下に受診者情報を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 |  | |
| 住所 | 〒  ※返還理由が「転出」の場合は、堺市内の旧住所 | |
| 生年月日 |  | |
| 受給者番号 |  | □　不明 |