

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。

届出者	氏名			
	住所	〒		
	電話番号		受給者との続柄	
返還理由	<input type="checkbox"/> 受給者の死亡（死亡年月日： ）			
	<input type="checkbox"/> 転出（転出（予定）日： ）			
	<input type="checkbox"/> 受給者証再交付後の発見			
	<input type="checkbox"/> 支給認定の有効期間の満了			
	<input type="checkbox"/> 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	〒 <small>※返還理由が「転出」の場合は、堺市内の旧住所</small>		
	生年月日			
	受給者番号		<input type="checkbox"/> 不明	