

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 | 〒 ※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 | | <input type="checkbox"/> 不明 | |