

記入例

自立支援医療受給者証（精神通院）返還届

令和〇年〇月〇日

277- 8505

千葉県知事 様

住所 柏市 柏市柏五丁目10番1号

届出者 氏名 柏 花子  
(受診者との続柄：妻)

下記のとおり自立支援受給者証（精神通院）を返還します。

記

自立支援医療受給者証の 受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
受診者の氏名	柏 太郎			生年月日	平成元 年 1 月 1 日		
返還理由	1 千葉県に住所がなくなった。 ② 治ゆ・軽快した。 3 死亡した。 4 県知事から返還を命じられた 5 その他（理由）						

該当する区分に○を  
記入下さい。

受理印押印欄