|  |  |
| --- | --- |
| 市町村受付印 | 厚生センター（保健所）受付印 |

自立支援医療（精神通院）受給者証　返還届

　　年　　　月　　　日

富山県知事　新　田　八　朗　殿

　　届出者

次のとおり自立支援医療（精神通院）受給者証を返還します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | 氏　名 |  | 受給者番号 |  |
| 住　所 |  | | |
| 返還理由（※） | | 1. 他の都道府県に居住地を移すため 2. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 備考 | |  | | |

備　考

　１　※印の欄は、該当する項目を○で囲んでください。

　２　再認定（継続）または変更の承認により、新しい有効期間の受給者証と引き換えに、これらの承認前の受給者証を返納する場合は、本通を提出する必要はありません。

　３　届出者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。