様式第６号(第７条関係)

|  |
| --- |
| 重度心身障がい者医療費受給者証返還届書　　年　　　月　　　日　会津美里町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　届出人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　印　次のとおり重度心身障がい者医療費給付資格を喪失したので、受給者証を添えて届け出ます。 |
| 受給者 | 受給者番号 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 返　　　　　還理　　　　　由 | １　重度心身障がい者でなくなった２　会津美里町重度心身障がい者医療費の給付に関する条例第４条に該当３　町の区域内に住所を有しなくなった（　　　　　年　　　月　　　日）４　死亡した（　　　　　年　　　月　　　日）５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※該当する事項を○で囲んでください。 |

※以下は記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 喪失日 | 　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |