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 |