様式第５号（第８条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費受給者証返還届書  令和　　年　　月　　日  　喜多方市長  届出人　住所    　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  (電話番号　　　　　　　　　　　　)  　次のとおり、重度心身障害者医療費給付資格を喪失したので届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 受給者証記号・番号 | | 喜多方・ | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 上記のとおり（届出人と同じ場合は○で囲む） | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 返還理由を○で囲んでください。  　　１　重度心身障害者でなくなった　　　　　　　２　生活保護受給開始  　　３　喜多方市の区域内に住所を有しなくなった　４　死亡した  　　５　その他(　　　　　　　　　　　　　　　)  　※　死亡により振込先に変更がある場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振  込  先 | | 金融機関 | 銀行・信組  信金・農協  労金 | | | | | | 名  義  人 | (ｶﾅ) | | | | | | |
| 支店(所) | | | | | |  | | | | | | |
| 口座番号 |  | | | | | | 受給者との続柄（　　　　） | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　これ以下は記入しないでください。

喪失日　　　年　　　月　　　日　　返還日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 課長  補佐 | 係長 | 係　員 |  | 処理 | 受付 | 入力 | 台帳 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|