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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|