

重度心身障害者医療費受給資格者証返還届

年 月 日

郡山市長

住 所  
申請人又は保護者  
氏 名

次のとおり重度心身障害者医療費助成資格を喪失したので受給資格者証を添えて届けます。

受給資格者	住 所	
	氏 名	
	個人番号	
受給資格者証の 記号・番号	郡 山 第	号
返還の理由（該当する事項の番号を○で囲んでください。） 1 受給対象者が市内に住所を有しなくなったため 2 受給対象者が死亡したため 3 その他		
受給資格喪失年月日	—	年 月 日