様式第９号

自立支援医療（育成医療）受給者証返還届出書

　　　年　　　月　　　日

　　さいたま保健所長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　（　　　　　）　　　　　－

交付を受けた受給者証の返還を行いたいので次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号（必ず記入） |  | 受診者氏　名 |  |
| 届出者の受診者との関係（該当数字に○） | 　１　本人　 | ２　保護者 | ３　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 届出の理由及び事実発生日 | 届出の理由（該当数字に○） | 事実発生日 |
| １ | さいたま市外に転出し、他の自治体から受給者証の交付を受けた。 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ※他の自治体が認めた有効期間始期の前日を記入。 |
| ２ | 死亡 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ３ | その他（以下に記入してください。） |
|  | 理　　　由 |  |  |
| 事実発生日 | （　　　　　　年　　　　月　　　　日） |
|  |

（添付書類）

　・さいたま市外に転出した場合　　①さいたま市が交付した受給者証

　　　　　　　　　　　　　　　　　②他の自治体が新たに交付した受給者証のコピー

　・上記以外の場合　　さいたま市が交付した受給者証