

受付機関名	
受付年月日	

自立支援医療受給者証返還届(精神通院)					
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	フリガナ				
	住所	〒			
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ		続柄	
		氏名			
		フリガナ			
		住所	〒		
自立支援医療費受給者番号				
返 還		返 還 理 由		発生年月日	
	資格の喪失 (受給者証の返還)	死亡 ・ その他()			
備 考					
<p>私は、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者氏名</p> <p>(宛先)</p> <p>滋賀県知事</p>					