

第5号様式（第8条）

浦安市重度心身障がい者（児）医療費助成受給券返納届

年 月 日

浦安市長 様

郵便番号

住 所

フリガナ

届出者 氏 名

電話番号

(対象者との続柄)

次のとおり、浦安市重度障がい者医療給付条例第10条の規定により、浦安市  
重度心身障がい者（児）医療費助成受給券を返納します。

受給者番号							
対 象 者	住 所	〒					
	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日 ( 歳)					
返納の理由		該当する項目に○をしてください。 1 助成期間終了 2 転出 3 死亡 4 その他 ( )					
備 考							