

障害福祉サービス受給者証返還届出書

水俣市長 様

令和 年 月 日

障害福祉サービスを利用する必要がなくなりましたので障害福祉サービス受給者証を返還します。

フリガナ		受給者番号	
氏名			
生年月日	年 月 日		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児童氏名		生年月日	年 月 日
返還の理由	1. 利用者の死亡のため 2. サービスを利用しないため 3. その他 ( )		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		