

障害福祉サービス受給者証返還届出書

長井市福祉事務所長 宛

令和 年 月 日

障害福祉サービス受給者証の返還を届け出ます。

フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名			
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	平成・令和 年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給（給付）決定障害者等（本人） <input type="checkbox"/> 本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人と の関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

返還事由 （該当するものに ○をして下さい）	①転出 ②死亡 ③就職 ④入院 ⑤その他 <div style="font-size: 4em; margin: 0 auto;">}</div>
------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------