第９号様式(第８条)

酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券返納届

年　　月　　日

（あて先)酒々井町長

　住　所

氏名 　　　　　　　　　　　印

　以下の事由のとおり受給資格を喪失したので、酒々井町重度心身障害者の医療費助成に関する条例施行規則第８条の規定により、酒々井町重度心身障害者医療費助成受給券を返納します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受　　給　　者 |  |
| 喪失事由 |  |
| 喪失日 | 年　　　月　　　日 |