

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