

市町受付年月日

自立支援医療受給者証返還届

年 月 日

香川県知事 殿

返還者 住 所

氏 名

つぎのとおり、返還します。

受 給 者 氏 名

自 立 支 援 医 療 費 号  
受 給 者 番 号

自 立 支 援 医 療 受 給 者 証 の  
有 効 期 間

年 月 日 から 年 月 日まで

返 還 年 月 日

年 月 日

返 還 の 理 由

使 用 確 認

年 月 日から  
受給者証を使用して医療は受けていません。