

受給者証返還届出書

沖縄市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

次のとおり受給者証を返還します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名		受 給 者 証 番 号			
居 住 地	〒				
	電話番号				
フリガナ		生年月日	年	月	日
支給決定に係る 児童氏名		続 柄			
		受 給 者 証 番 号			

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				
事業所名 (事業者の場合)		事 業 所 番 号		
住 所 (事業者は所在地)	〒			
	電話番号			

返還理由	<input type="checkbox"/> 転 出			
	<input type="checkbox"/> 死 亡			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
サービス終了日		令和 年 月 日		
返還する 受給者証	総合支援	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証	<input type="checkbox"/> 紛失	
		<input type="checkbox"/> 地域相談支援受給者証	<input type="checkbox"/> 紛失	
	地域支援	<input type="checkbox"/> 地域生活支援事業受給者証	<input type="checkbox"/> 紛失	
	障害児支援	<input type="checkbox"/> 通所受給者証	<input type="checkbox"/> 紛失	

行政收受欄

受付者