様式第４号（規則第５条関係）

**重度心身障害者医療費受給資格　返還届**

延岡市長　宛

次のとおり、延岡市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則第５条により、受給資格者証を返還します。

|  |  |
| --- | --- |
| **申請日** | 　　　　年　　　月　　　日 |
| **受給資格者** | 受給者番号 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| **返　還　す　る　理　由** | １　死亡のため。　[死亡日：　　　　年　　　　月　　　　日]２　生活保護受給のため。　[生活保護開始日：　　　　年　　　　月　　　　日]３　他市町村へ転出するため。　[転出日：　　　　年　　　　月　　　　日]４　有効期間満了のため。　[　等級軽減　・　年齢到達のため　]５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **窓　口　に　き　た　人** | □　受給資格者本人 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | □　受給資格者と同じ |
| 電話番号 |  | 続　柄 |  |

**※受給資格者が死亡した場合**

|  |
| --- |
| 　受給資格者が死亡したため、返還届を提出します。　つきましては、受給資格者に係る未助成の重度心身障害者（児）医療費や重度心身障害者医療費に係る高額介護合算療養費の還付が発生する場合においては、下記金融機関口座に支払うようお願いします。 |
| **金融機関名** |  | **支店名** |  |
| **種目** | １　普通２　当座 | **口座番号** |  |
| **口座名義****（カタカナ）** |  | **受給資格者****との続柄** |  |
| **口座名義人住所** | □　（　受給資格者　・　窓口に来た人　）と同じ　　　　 |
| □　その他住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

※口座の写しを添付してください。