

様式 1 2

自立支援医療費（精神通院）受給者証返納届

年 月 日

愛知県精神保健福祉センター所長 殿

届出者 住所

氏名

生年月日

受給者との続柄

（※届出者は本人死亡の場合及び18才未満の場合以外は原則本人）

下記の理由により、自立支援医療費（精神通院）受給者証を返納します。

記

受給者（届出者が受給者本人の場合は記入不要）

住所

氏名

生年月日

年

月

日

返納する理由

1 受給者が死亡したため。

死亡年月日

年

月

日

2 自立支援医療費（精神通院）受給者証を必要としなくなったため。

（理由）

3 その他

（理由）

なお、直近の再認定申請により発行される受給者証の有効期間の開始日が、以下に該当する場合は、この返納届をもって、当該再認定申請を併せて取り下げます。

① 「本人死亡による場合」に開始日が死亡年月日の翌日以降となる場合。

② 「本人による届出の場合」に開始日が届出日の翌日以降となる場合。