様式第８（第３条関係）

**指定難病**

特定医療費受給者証返還届

年　　月　　日

　愛知県知事　殿

届　出　者

居 住 地

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　患者との続柄

電話番号

下記のとおり特定医療費受給者証を返還します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　給　者　番　号 | |  |
| 患　者 | 氏　　　名 |  |
| 居　住　地 |  |
| 返　還　理　由 | | １　死亡 |
| ２　支給認定の取消 |
| ３　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 返還事由発生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 備　　考 | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付欄（保健所記入） | 保健所受付印 | 経由印 | 本庁受付印 |
|  |  |  |
|

備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。

　　　２　届出者の押印は、氏名を自署する場合にあっては省略することができる。

３　返還する特定医療費受給者証を添付すること。