

遷延性意識障害者医療費受給者証返納届

対象患者	受給者番号									有効期間	年	月	日から
											年	月	日まで
	氏名									生年月日	年	月	日生
住所	(〒 -)												
返納理由	県外へ転出 ・ 医療不要 ・ その他 ()												
返納理由 発生日	年 月 日												
上記により遷延性意識障害者医療費受給者証を返納します。													
年 月 日													
届出者住所 (〒 -)													
氏名													
対象患者との続柄 ()													
電話番号 (- -)													
長野県 保健所長 様													
管轄保健所收受印欄													

(注) 受給者証を添付してください。