

## 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							性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成 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								印 (自署の場合は押印不要)		管轄保健所收受印欄	
対象患者との続柄 ( )											
電話番号 ( - - )											
長野県 保健所長 様											

(注) 受給者証を添付してください。