

受給者証返還理由書

(障害福祉サービス用)

年 月 日

(提出者) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

受給者との関係 (本人 ・ ())

以下のとおり、受給者証を返還します。

(返還する受給者証の内容)

受給者氏名 _____ 受給者証番号 12203- _____

終了するサービス 利用しているすべてのサービス

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 居宅介護 | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 |
| <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> 就労移行支援 (養成施設) |
| <input type="checkbox"/> 同行援護 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 |
| <input type="checkbox"/> 行動援護 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 |
| <input type="checkbox"/> 療養介護 | <input type="checkbox"/> 就労定着支援 |
| <input type="checkbox"/> 生活介護 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 |
| <input type="checkbox"/> 短期入所 | <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (グループホーム) |
| <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 | |
| <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | <input type="checkbox"/> 地域移行支援 |
| <input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練) | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 |
| <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練) | |
| <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 | <input type="checkbox"/> 計画相談支援 |

(受給者証を返還する理由) 該当する項目の番号についてご記入ください。

- 1 市外転出 (年 月 日転出)
- 2 死亡 (年 月 日死亡)
- 3 その他 (理由 _____)
(最終利用日 _____ 年 月 日)

※就職による場合は、下記もご記入ください。

(就職日 _____ 年 月 日)

本理由書の提出により、利用しているすべての障害福祉サービスの決定が廃止となる方(死亡等を除く)には、受給者本人に支給(給付)決定取消通知書を送付します。 →

上記の内容について、受給者と事業所、双方にて確認済みです。 →