

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

(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 死亡したため (年 月 日死亡)
- 2 市外転出したため (年 月 日転出)
転出先住所 (〒)
- 3 就職したため (就職日: 年 月 日)
- 4 サービスが不要になったため
- 5 自己都合又は事業所都合のため
- 6 その他 (理 由:)

(最終利用日) (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。 →