

# 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"/> 就労選択支援       | <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       | <input type="checkbox"/> 地域定着支援 |
| <input type="checkbox"/> 生活介護       | <input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設） | <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A型     |                                 |
| <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 | <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型     |                                 |
| <input type="checkbox"/> 施設入所支援     | <input type="checkbox"/> 就労定着支援       |                                 |

## (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。 → ☐