

受給者証返還届

(障害児通所サービス用)

年 月 日

(届出者) 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

以下のとおり、受給者証を返還します。

記

(返還する受給者証の内容)

本人氏名 _____ 生年月日 _____年__月__日生

受給者証番号 20300- _____

廃止するサービス 児童発達支援
 医療型児童発達支援
 放課後等デイサービス
 保育所等訪問支援
 障害児相談支援

(受給者証を返還する理由) 該当する項目の番号を○で囲んでください。

1 市外転出のため (_____年 月 日転出)

2 本人が死亡したため (_____年 月 日死亡)

3 サービスの廃止 (理由 _____)
(最終利用日 _____年 月 日)

受給者証を返還することを、利用していた事業所と確認済みです →