

# 受給者証返還理由書

(障害児通所サービス用)

年 月 日

(提出者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受給者との関係 ( \_\_\_\_\_ )

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)

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についてご記入ください。

- 1 市外転出のため ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日転出)  
転出先住所(〒 \_\_\_\_\_ )
- 2 サービスが不要になったため
- 3 自己都合又は事業所都合のため
- 4 死亡したため ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日死亡)
- 5 その他 (理由: \_\_\_\_\_ )

(最終利用日) ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 )

- ・本理由書の提出により、障害児通所支援の給付決定が取消しとなる方には、支給決定保護者に支給（給付）決定取消通知書を送付します。 →
- ・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 →