

自立支援医療受給者証（精神通院医療）返還届

年 月 日

(提出先) 大阪市長

届出者の氏名 \_\_\_\_\_

届出者の住所 \_\_\_\_\_

受診者との関係 本人・その他 ( \_\_\_\_\_ )

私は次のとおり、自立支援医療受給者証（精神通院医療）を返還します。

受診者氏名		生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
受給者証番号			
受診者住所			
返還の理由	(1) 心身の障がいの状態からみて自立支援医療（精神通院医療）を受ける必要がなくなったため (2) 大阪市外に居住地を移したため (3) その他の理由による  ※上記の返還の理由の該当番号に○を付けること。		