受給者証返還届出書

枕崎市長 様

令和　　年　　月　　日

障害福祉サービスを利用する必要がなくなりましたので障害福祉サービス受給者証を返還します。

フリガナ		受給者番号	
氏名			
生年月日	年　　月　　日		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名		生年 月日	年　　月　　日
返還の理由	１．利用者の死亡のため ２．サービスを利用しないため ３．その他（　　）		

申請書提出者	□ 申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　名		申請者との関係	
住　所	〒 電話番号		