返　　還　　届

令和　　年　　月　　日

赤磐市長　様

居住地：　赤磐市

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電　話：　　　　　－　　　　　－

次のとおり、障害児通所受給者証を返還します。

○給付決定保護者

住所：　赤磐市

氏名：

○通所児童

氏名：

○返還理由

１．転出　（いつ：　　　　　　　　　）

２．死亡　　　死亡　　　年　　　月　　　日

３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

返　　還　　届

令和　　年　　月　　日

赤磐市長　様

居住地：　赤磐市

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電　話：　　　　　　－　　　　　　－

次のとおり、障害福祉サービス受給者証を返還します。

〇給付対象者

住所：　赤磐市

氏名：

〇返還理由

1．転出　（いつ：　　　　　　　　　　）
2．死亡　　　死亡　　　年　　　月　　　日
3．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）