年　　月　　日

島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄（　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受給者証番号

自立支援医療（精神通院医療）受給者証返還届

　　　　　年　　月　　日付けで交付されました障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５４条に基づく自立支援医療受給者証について、下記の理由により別添のとおり返還します。

記

1. 本人氏名
2. 返還理由

□不要になったため

□本人死亡のため

　　死亡日　　　　　年　　月　　日

□その他