

登録者証(指定難病)返還届

| | | | | |
|--|--|---------------------|------------|---------------|
| 要 支 援 者 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 大正 昭和 平成 令和 |
| | 氏 名 | | | 年 月 日 (歳) |
| | 住 所 | 〒 — 電話番号 — — | | |
| 交付方法 | <input type="checkbox"/> マイナンバー情報連携 <input type="checkbox"/> 書面 | | | |
| 返還理由 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 事実発生日 | 年 月 日 | | | |
| 上記の理由により、登録者証(指定難病)を返還します。 佐賀県知事 様 年 月 日 〒 — 届出者住所 氏名 (要支援者との続柄) 電話番号 — — | | | 保健福祉事務所受付印 | |

※ 書面で発行している場合、登録者証(指定難病)を裏面に添付してください。

書面で発行している場合、登録者証(指定難病)を添付してください。