

返 還 屈

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

氏名 / 生年月日 _____ / _____

受給者証番号/有効期限 _____ / _____

手帳番号 / 有効期限 _____ / _____

届出者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

本人との関係（ ）

下記の理由により（自立支援医療受給者証・精神保健福祉手帳）を返還いたします。

返還理由（該当するものを○で囲む）

- (1) 本人の他県転出による返還
- (2) 本人の死亡による返還
- (3) 本人の希望による返還
- (4) その他（ ）