

# 返 還 届

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 ( \_\_\_\_\_ )