

障害児通所給付費等受給者証返還届

さくら市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり届け出ます。

フリガナ 支給決定障害者 (保護者)氏名	〒	生年 月日	昭和 平成 年 月 日
居住地	電話番号		
フリガナ 支給決定に係る障 害児氏名		続柄 生年 月日	昭和・平成 年 月 日

届出事由	1 死亡	死亡日	年 月 日
	2 転出	転出日 転出先	年 月 日
	3 その他	年 月 日 ()	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等(本人) <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ 氏名		本人と の関係	
住所	〒 電話番号		

【備考】

※障害福祉サービス受給者証を添付すること