別紙様式第9号

特定医療費（指定難病）受給者証　返納届

患者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大正 昭和 平成 令和　年　月　日
	受給者番号		
返納理由		1 治癒　2 死亡　3 市外転出 4 その他（　　）	収受印（保健センター）
理由が生じた日		令和　年　月　日	
届出者氏名記載欄		上記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証を返納します。 令和　年　月　日　　札幌市長 様 届出者氏名＿＿＿＿＿＿　患者との関係＿＿＿＿＿＿ ※届出者が患者本人と異なる場合は、以下に届出者の住所等を記載 〒（　-　）　電話番号（　-　-　） 住所＿＿＿＿＿＿	収受印（保健所）

受給者証貼付欄	返納される受給者証をここに貼り付けてください。