様式第５号（第９条関係）

在宅重度障がい者医療器材等受給者証返還届

年　　　月　　　日

　伊達市長

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

　在宅重度障がい者医療器材等受給者の資格を喪失したので、次のとおり受給者証を返還します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者 | 受給者証記号番号 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　所 | 伊達市 |
| 返　　還理　　由該当する事項を○で囲んでください。 | １　伊達市の区域内に住所を有しなくなった。（転出した。）２　65歳以上になった。３　死亡した。４　治療・予防のための医学的処置が必要でなくなった。５　その他 |