様式第１０号

肝炎治療受給者証の返還届

受給者	受給者番号				
	氏　　名				
	生年月日	年　　月　　日	性　別		
	住　　所	〒			

返還する理由（該当理由に○を付けてください。）

死亡　・　県外転出　・　他法適用　・　その他（　　）

発生日　　年　　月　　日

上記の理由により、肝炎治療受給者証を返還します。

年　　月　　日

申請者住所

氏名　　（本人との続柄　　）

（電話　　－　　－　　）

滋賀県知事　様

（注）肝炎治療受給者証を添付してください。

保健所受付印