第６号様式

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証返還届

令和　　年　　月　　日

滋賀県知事　　殿

申請者　　住　　所

氏　　名

受給者との続柄

受給者番号							
受給者氏名							

１　返還理由（該当するものに○をつけて下さい。）
（１）治ゆ
（２）県外への転出
（３）他法（生活保護等）への移行
（４）死亡
（５）その他（　　）

２　上記の理由が発生した年月日

令和　　年　　月　　日

（注）受給者証を添付して提出してください。