年　　月　　日

富山県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　【届出者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　　　－

住所

氏名

　　電話番号

特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証（指定難病）返還届

受給者／要支援者　氏名

受給者番号

次の理由により、上記の者の（ □受給者証　□登録者証 ）を返還します。

　＜理由＞

□県外転出（　　　　年　　月　　日　）

□死亡（　　　　年　　月　　日　）

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

注１：当該事項に☑をつけ、必要事項を記載ください。

注２：受給者証／登録者証（書面により交付を受けた場合に限る）を添付して、厚生センター・支所、富山市保健所に提出してください。

注３：登録者証については、県外転出時の返還は不要です。

特定医療費（指定難病）更新申請取下げ願い

□　　　年　　月　　日に提出した、上記の者の更新申請を取り

　　下げます。なお、提出した書類の返却は必要ありません。

注：該当する場合は☑をつけ、必要事項を記載ください。