自立支援医療（精神通院）受給者証返納届

受給者証返納者氏名 （生年月日）	（　　年　　月　　日　）
住　　所	
受給者番号	
返納年月日	平成　　年　　月　　日
返納理由	

上記のとおり、返納します。

平成　　年　　月　　日

届出人住所

（あて先）福岡市長　　氏名　　印

（受給者との続柄　　）

保健所受付印	