

## 障害福祉サービス受給者証等返還届出書

\_\_\_\_\_年 月 日

提出先 川越市長

私は、届出日をもって障害福祉サービス等に係る介護給付費・訓練等給付費等の支給を辞退し、受給者証を返還します。

支給決定障害者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所 (居住地)	
	連絡先	
支給決定に係る児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	続柄	
返還理由 (以下から選択してください。)		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 就労したため                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 市外へ転出したため                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 病院に入院したため                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 施設に入所したため                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービスを利用するため                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> その他、以下の理由により不要となったため                 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span style="font-size: 2em;">[</span> <span style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black;"></span> <span style="font-size: 2em;">]</span> </div>		

届出書提出者 ※支給決定障害者と同一の場合、記入不要

フリガナ		支給決定障害者又は	
氏名		支給決定に係る児童との関係	
住所	※事業所の場合は事業所所在地と事業所名		
連絡先			