

八街市障がい福祉サービス受給者証返還届

年 月 日

八街市福祉事務所長 様

住所
氏名
電話番号
緊急連絡先

下記の理由により返還いたします。

理由	1 他市（ ）へ転出しました。		
	2 利用する必要がなくなりました		
	3 その他（ ）		
受給者番号			
利用者	住所		
	氏名		生年月日 昭・平・令 年 月 日
現在 サ ー ビ ス を 利 用 し て い る			

添付書類：障害福祉サービス受給者証