様式第９号（第１２条）

地域生活支援事業受給者証返還届

（移動支援・日中一時支援・訪問入浴サービス）

　八街市福祉事務所長　様

住所

氏名

連絡先

緊急連絡先

　下記の理由により受給者証を返還します。

|  |  |
| --- | --- |
| 理由 | １　他市（　　　　　　）へ転出しました。２　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給申請に係る児童氏名 |  |
| 続柄 |  |
| 現在利用しているサービス | サービスの種類 | 支給決定量 |
| □　移動支援 | 　　　　　　　　　　時間／月 |
| □　日中一時支援 | 　　　　　　　　　　　日／月 |
| □　訪問入浴サービス | 　　　　　　　　　　　回／月 |

添付書類　地域生活支援事業受給者証