

年 月 日

保健所長 様

(届出者)  
住 所  
氏 名  
要支援者との続柄 ( )  
電話番号

### 登録者証（指定難病）返還届

下記の理由により登録者証（指定難病）を返還します。

記

要 支 援 者	氏 名	
	住 所	
返 還 の 事 由	1. 死亡 2. その他 ( )	
返還事由発生日	年 月 日	

※ 書面による登録者証（指定難病）の交付を受けている場合は、添付すること。