様式6号

指定難病登録者証返還届

<table>
<tr><td rowspan="3">要支援者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">大正　昭和　平成　令和
年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒　　―

電話番号　　―　　―</td></tr>
<tr><td colspan="2">交付方法</td><td colspan="4">☐ マイナンバー情報連携のみ（紙の指定難病登録者証交付なし）
☐ マイナンバー情報連携と、紙の指定難病登録者証交付の両方（紙の指定難病登録者証交付あり）</td></tr>
<tr><td colspan="2">返還理由</td><td colspan="4">☐ 死亡
☐ 治癒
☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">事実発生日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記の理由により、指定難病登録者証を返還します。
佐賀県知事　様　　年　　月　　日
〒　　―
届出者住所
氏名　　（要支援者との続柄　　）
電話番号　　―　　―</td><td>保健福祉事務所受付印</td></tr>
</table>

※　書面で発行している場合、指定難病登録者証を裏面に添付してください。

書面で発行している場合、指定難病登録者証を添付してください。