様式第５号

登録者証（指定難病）返還届

下記のとおり登録者証（指定難病）を返還します。

要支援者氏名	
返還（変更）理由	死　亡 その他（　　）
失効年月日	年　　月　　日

年　　月　　日

届出者住所

氏　　名

要支援者との続柄

大分県知事　殿

(注)書面による交付を受けている場合の返納の際は、登録者証（指定難病）を添付すること。