

年 月 日

石川県知事 殿

申請者

住所

氏名

電話

印

肝炎治療受給者証の返還届

受給者番号	
受給者氏名	

1 返還理由 (該当するものを○で囲んでください。)

1. 治癒

2. 県外への転出

3. 受給者証の有効期限が終了

4. 死亡

5. その他 ()

2 上記の理由が生じた年月日

年 月 日