

指定難病登録者証返還届					
要支援者（※１）	フリガナ		年 齢		生　年　月　日
	氏名				大正昭和 昭平成 平令和 令和
	住所				
届出者	フリガナ		要支援者 との関係		
	氏名				
返還の理由		１．死亡 ２．疾病の治療 ３．その他（ ）			
返還事由の発生日		年 月 日			

私は、指定難病登録者証の返還について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

年 月 日

京都府知事 様

受付印

※1 証の交付を受けている者

※2 書面により指定難病登録者証を交付されている場合は、証の原本を添付してください。