

第6号様式（第7条関係）

子ども医療費助成受給券返納届

年 月 日

鎌ヶ谷市長

様

申請者 (保護者)	住所	〒 ー 鎌ヶ谷市
	電話	()
	氏名	(子どもとの続柄)

下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券を返納します。

記

受給者番号							
子 ど も	フリガナ						
	氏名						
	住所	〒 ー 鎌ヶ谷市					
	生年月日	年 月 日					
返納の理由	該当する項目に○をしてください。 1 助成期間終了 2 転出（転出先) 3 死亡 4 その他 ()						
備考							