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

鎌ケ谷市長　　　　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（保護者） | 住所 | 鎌ケ谷市 |
| 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 | 鎌ケ谷市 |
| 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　転出（転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　死亡３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |