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 | |  | | | | | | |