

様式第6号（第7条関係）

子ども医療費受給資格証返納届

年 月 日

(宛先) えびの市長

届 出 者 (保 護 者)	住 所	
	氏 名	印 (子どもとの続柄)

下記の子どもに係る子ども医療費受給資格証を返納します。

記

受 給 者 番 号				
子 ど も	ふりがな		男・女	生年月日 年 月 日
	氏 名			
	住 所			
返 納 の 理 由		<p>※該当する番号に○をつけてください。</p> <p>1 助成期間終了</p> <p>2 転 出</p> <p>3 死 亡</p> <p>4 その他 ()</p>		
備 考				