

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	（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		生年月日 年 月 日
	氏 名		
	住 所		
返 納 の 理 由		※該当する番号に○をつけてください。 1 助成期間終了 2 転 出 3 死 亡 4 その他（ ）	
備 考			