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 | ※該当する番号に〇をつけてください。１　助成期間終了２　転出３　死亡４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |