

第6号様式 (第5条関係)

子ども医療費助成受給券返納届

年 月 日

南房総市長 宛

申請者 (保護者)

住所 南房総市谷向100番地

氏名 北 春子 (北印)

電話 0 470-36-1153

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。

受給者番号		8000000	
子ども	ふりがな	みなみ はなこ	
	氏名	南 花子	
	住所	南房総市富浦町青木 28 番地	
	生年月日	平成20年3月3日	
返納の理由		該当する項目に○をしてください。 1 助成期間終了 2 転出(転出先 千葉市中央区市場町1-1) 3 死亡 4 その他( )	
南房総市使用欄			
【添付書類等確認欄】		資格	平成 年 月 日終了
<input type="checkbox"/> 受給券 <input type="checkbox"/> 月 日返納予定			