

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

氏 名

電 話 — —

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		
子ども	ふ り が な	
	氏 名	
	住 所	
	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 助成期間終了 2 転出(転出先) 3 死亡 4 その他()
南房総市使用欄		
【添付書類等確認欄】 ☐ 受給券 ☐ 月 日返納予定		資格 年 月 日終了