

第6号様式（第5条関係）

子ども医療費助成受給券返納届

令和 年 月 日

南房総市長 宛

届出者（保護者）

住 所

氏 名

電 話 — —

下記の子どものに係る子ども医療費助成受給券を返納します。

子ども	住 所			
	ふ り が な		受給者番号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	ふ り が な		受給者番号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	ふ り が な		受給者番号	
	氏 名		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	