

八街市子ども医療費助成受給券返納届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

八街市長 北村 新司 様

申請者は、当該する子どもの
父または母となります。
押印は忘れずをお願いします。

〒289-1115

住 所 八街市八街ほ〇〇番地〇〇

申請者 氏 名 千葉 一郎 ⑩

電話番号 043-〇〇〇-〇〇〇〇

八街市子ども医療費の助成に関する規則第10条第2項の規定により、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。

記

受給者番号	0	1	2	3	4	5	6
子ども	フリガナ	チバ ハナコ					
	氏名	千葉 花子					
	住所	〒 289-1115 八街市八街ほ〇〇番地〇〇					
	生年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日 令和					
返納の理由	該当する項目に○をしてください。 ① 転出(転出先 東京都〇〇区〇〇町〇〇番地) 2 死亡 3 その他 () 転出先の住所を記入してください。						
備考							

※持参するもの
印鑑
受給券