

第6号様式（第12条関係）

子ども医療費助成受給券返納届

年 月 日

長南町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 ー
	電話	
	氏名	(子どもとの続柄 : )

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							
子ども	ふりがな						
	氏名						
	住所	〒 ー					
	生年月日	年 月 日					
返納の理由	<p>該当する項目に○をしてください。</p> <p>1 助成期間終了</p> <p>2 転出（転出先 )</p> <p>3 死亡</p> <p>4 その他 ( )</p>						
備考							