

様式第8号(第8条関係)

子ども医療費受給資格者証返納届

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
(子どもとの関係)
電話番号

次の子どもに係る子ども医療費受給資格者証を返納するので届け出ます。

受給者番号								
子 ど も	ふりがな				男 ・ 女	生年月日		
	氏 名					年 月 日		
	住 所							
返納の理由		該当する番号に○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()						
備 考								

※子ども医療費受給資格者証と一緒に提出ください。