（様式第5号）（第7条関係）

子ども医療費受給資格証返納届

　　　　　年　　　月　　　日

椎葉村長　殿

住所　椎葉村大字

申請者

（保護者）氏名　　　　　　　　　印

下記の子どもにかかる子ども医療費受給資格証を返納します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |
| 子　ど　も | (フリガナ) |  | 男・女 | 生年月日　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 宮崎県東臼杵郡椎葉村大字 |
| 返納の理由 | 該当する番号に○を付けてください。1　助成期間終了2　転出3　死亡4　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |