様式第8号(第6条関係)

ひとり親家庭等医療費助成金返還通知書

番号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

椎葉村長

　先に支給したひとり親家庭等医療費助成金については、下記のとおり返還してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 既に支給した金額 | 円 |
| 支給年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 返還しなければならない金額 | 円 |
| 返還理由 | 　 |
| 返還金納付期限 | 年　　　月　　　日 |
| 返還金納付場所 | 　 |