

受付者	入力者	確認者

子ども医療費受給資格証返還届

令和〇年 8 月 1 日

(宛先) 上尾市長

《申請者》

住所 上尾市 **本町三丁目1番1号**
マンション上尾101

氏名 **上尾 太郎**

電話 **048-775-5111**

受給資格証の「受給資格者」を記入してください。

次の理由により、子ども医療費受給資格証返還の届出をします

【返還理由】

(〇で囲んでください)

転出

死亡

保護者の変更

ひとり親家庭等医療への変更

重度心身障害者医療への変更

生活保護開始

その他

()

【事由発生日】

H・R **2**年 **8**月 **2**日

※転出予定日が未来日の場合スタンプ

--

【資格証添付欄】

資格証を添付してください。
資格証を添付できないときはご記入をお願いします。

1 こどもの氏名 _____

生年月日 _____

受給者番号 _____

2 こどもの氏名 _____

生年月日 _____

受給者番号 _____

3 こどもの氏名 _____

生年月日 _____

受給者番号 _____

- 本日、資格証を返還する場合
→ 「添付欄」に添付してください。
- 本日、資格証を持参していないため、後日返還する場合
→ 「添付欄」に対象者氏名・生年月日を記入してください。後日、返還をお願い致します。
- 転出予定日が未来日のため、転出予定日の前日まで使用する場合
→ 「添付欄」に対象者情報を記入してください。(有効期限を訂正。返還は不要)