様式第６号（第８条関係）

子ども医療費受給資格者証返納届出書

令和　　　年　　　月　　日

山元町長

　住　所

　届出者　氏　名

（続柄：　　　　　）

電　話

子ども医療費受給資格を喪失したので、山元町子ども医療費の助成に関する条例第７条第３項の規定により、次のとおり届け出ます

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | フ リ ガ ナ | | | | | | |  | | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 子　ど　も | 受給者番号 | | | | | | |  | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女 | | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女 | | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女 | | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 男・女 | | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 返納事由 | | | | | | | | □ 転出（転出先：　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 生活保護受給開始  □ 死亡  □ その他　（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事由発生日 | | | | | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※処理欄 | 起案日　　　年　　月　　日 | | | 証回収　　　回収・未回収 | | 受付印 |
| 課長 | 参事 | 班長 | 班員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |