様式第６号（第１０条関係）

母子・父子家庭医療費受給者証返納届出書

令和　　　年　　　月　　　日

山元町長

　住　所

　届出者　氏　名

（続柄：　　　　　）

電　話

母子・父子家庭医療費受給資格を喪失したので、山元町母子・父子家庭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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 昭和・平成  　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 返納事由 | □ 転出 （転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 結婚  □ 生活保護受給開始  □ 死亡  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事由発生日 | 令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（死亡の場合のみ記入）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関 | | | | 銀行・農協　　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　　　 　金庫・組合　　　　　　　　　　支店・支所 | | | |
| 口座番号 | | | | | | | 口座名義人（カナ） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 送 付 先 | 住　　　所 | | | | 〒　　　　－ | | | |
| 氏　　　名 | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 処 理 欄 | 起案日　　　年　　月　　日 | | |  | | 受付印 |
| 証回収　　　回収 ・ 未回収 | | |  | |
| 課　長 | 参　事 | 班　長 | 班　員 | 担　当 |
|  |  |  |  |  |