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 |
|  |  |  |  |  |