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 |
|  |  |  |  |  |