第6号様式(第14条第2項)

子ども医療費助成受給券返納届

年　　月　　日

多古町長　様

申請者 (保護者)	住所	〒　　－
	電話	－　　－
	氏名	(子どもとの続柄　　)

下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券を返納します。

記

受給者番号								
子ども	フリガナ							
	氏名							
	住所	〒　　－						
	生年月日	年　　月　　日						
返納の理由		該当する項目に○をしてください。 1　助成期間終了 2　転出(転出先　　) 3　死亡 4　その他(　　)						
備考								