

様式第5号(第7条関係)

子ども医療費受給者証返納届出書				
受 給 者	受給者番号			
	氏名		生年月日	年 月 日
	加入保険	国保・社保等(健保・組合・船員・共済・国保組合等)		
子 ど も	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	石巻市		
返 納 の 理 由	1 助成期間終了 2 転出(転出先) 3 死亡 4 その他()			
証 回 収	回収年月日	有効期間変更	未回収理由	
	年 月 日	年 月 日 まで		
備 考				
<p>上記の理由により子ども医療費助成受給者証を返納します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">石巻市長(あて)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>受給者</p> <p>住所 石巻市</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> </div> </div>				