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								