

第 10 号様式 (第 7 条関係)

鴨川市子ども医療費助成受給券返納届

平成 年 月 日

(宛て)

鴨川市長

届出人 住所 鴨川市 _____

氏名 _____

電話 ()

次のとおり子ども医療費の助成に係る受給資格を喪失したので、鴨川市子ども医療費の助成に関する条例第 11 条第 3 項の規定により、受給券を返納します。

受給資格喪失の事由		1 有効期間終了 2 転出 3 生活保護受給 4 死亡 5 その他 ()
受給資格喪失年月日		平成 年 月 日
受給券	受給者番号	
	氏 名	