

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

年 月 日

(宛て)
鴨川市長

届出人 住所
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 転出 2 生活保護受給 3 死亡 4 その他 ()
受給資格喪失年月日		
受給券	受給者番号	
	氏名	