

子ども医療費助成受給券返納届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

木更津市長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 292-8501 木更津市 朝日 3-10-19
	連絡先	0438-25-1350
	氏名	木更津 太郎 (子どもとの続柄 父)

保護者として登録している方を記入

木更津市子ども医療費助成規則第16条第1項の規定により、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

子ども	住所	〒 同上		
	フリガナ	キサラヅ アサヒ	生年月日	平 令 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名	木更津 朝日	受給者番号	0123456
	フリガナ	キサラヅ フジミ	生年月日	平 令 ○ 年 ○ 月 ○ 日
	氏名	木更津 富士見	受給者番号	0654321
	フリガナ		生年月日	平・令 年 月 日
氏名		受給者番号		

受給者番号は、受給券に記載されています。

返納の理由

該当する項目に○をしてください。

- ① 転出 (転出先 千葉市中央区
転出予定日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日)
- 2 死亡
- 3 その他 ()

保護者の方が木更津市にお住まいのままであっても、お子様が転出される場合は返納が必要です。

< その他 > 受給券返納が必要な場合

お子様が 就職した (ご自身で社会保険に加入した)
婚姻した
里親に養育されることになった
児童福祉施設に入所した

世帯が 生活保護を受給することになった