

船橋市子ども医療費助成受給券返納届

年 月 日

船橋市長 あて

届出者 (保護者)	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	( )

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

対象となる子ども									
住 所	1 申請者と同住所 2 他の住所 (※ 船橋市 )								
受給者番号									
フリガナ 氏 名									
生年月日	平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日		
返納の理由	※ 該当する番号に○をしてください。								
	1 転出								
	転出先住所								
	転出日		平成・令和 年 月 日						
備 考	2 生活保護受給開始								
	生活保護受給開始日		平成・令和 年 月 日						
	3 その他 ( )								
	【受給券の添付の有無について】								
備 考	※ 該当する番号に○をしてください。								
	1 有り								
	2 無し								
	返却方法について○をしてください。								
	後日、子育て給付課宛てに郵送								
	窓口へ持参								
	紛失								