様式第５号

子ども医療費助成受給券返納届

年　　月　　日

（あて先）千葉市長

次の事由により子ども医療費助成受給券を返納します。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">子ども</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">千葉市　　区</td></tr>
<tr><td rowspan="4">申請者
（生計中心者）</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">□対象の子どもと同居（記入不要）　□対象の子どもと別居（以下に記入）</td></tr>
<tr><td>連絡先
電話番号</td><td colspan="2">（携帯電話など平日、日中の連絡先）
―　　―</td><td>連絡先電子
メールアドレス</td><td>@</td></tr>
<tr><td colspan="2">返納事由
（該当する項目に○を付してください。）</td><td colspan="4">１　助成期間が終了したため
２　転出したため（転出先　　）
３　死亡したため
４　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">返納事由発生日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>