

様式第5号（第7条関係）

## 子どもの医療費受給資格証返納届

年 月 日
-------

鹿島市長 様

申請者 (保護者)	住所	
	氏名 (受給者と続柄)	

下記の受給者に係る子どもの医療費受給資格証を返納します。

記

受給者番号								
受給者	ふりがな					男・女	生年月日	
	氏名						年 月 日	
	住所							
返納の理由	※該当する番号に○を付けてください。 1 転出 2 死亡 3 その他( )							
備考						世帯コード		