

年	月	日
---	---	---

我孫子市高校生等医療費助成受給券返納届

我孫子市長 あて

届出者 (保護者)	住所	〒	
	氏名	携帯電話	

次のとおり、我孫子市高校生等医療費助成受給券を返納します。

【返納する高校生等の情報】

受給者番号																				
フリガナ																				
氏名																				
住所	〒	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	〒	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	〒	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ														
生年月日	年	月	日	年	月	日	年	月	日											
返納理由	該当する番号に○を付けてください。 1 高校生等又は保護者等が転出等により市の住民基本台帳から除票となったため。 2 高校生等が医療保険各法の被扶養者でなくなったため。 3 その他 ( )																			

添付書類 我孫子市高校生等医療費助成受給券（様式第2号）

（ 添付済み ・ 紛失により添付不可 ）