

記入例（返納届）

※お子さまお1人につき1枚ご提出ください。

このような場合にご提出ください。

- ・別府市から転出、出国するとき
- ・お子さまが死亡したとき
- ・生活保護を受給するようになったとき
- ・ひとり親家庭等医療費の助成を受けるようになったとき

様式第8号（第8条関係）

子ども医療費受給資格者証返納届

年 月 日

別府市長 へ

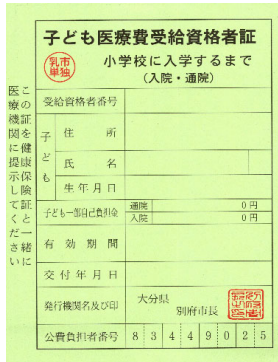
下記の理由により、子ども医療費受給資格者証を返納します。

助成対象者（保護者）	住所	別府市 上野口町 別府マンション401号			
	氏名	別府 市郎			
	電話番号	080 - 1234 - 5678	子どもとの続柄	(父)・母 その他()	

子ども	フリガナ	ベップ イズミ			
	氏名	別府 泉			
	生年月日	平成(令和) 2 年 2 月 3 日	受給資格者番号	0 1 2 3 4 5 6	
	住所	※助成対象者(申請者)と異なる場合のみ記入			

返納の理由	該当する番号に○をつけてください。 1 有効期間の終了 (2) 転出(転出先 東京都千代田区) 3 死亡 4 その他()
-------	---

備考	
----	--



子ども医療費受給資格者証に有効期限を記入しますので、必ずお持ちください。
別府市から転出、出国する場合、転出予定日の前日までご利用いただけます。