

## 子ども医療費受給資格者証返納届

平成22年 10 月 1 日

別府市長

あて

申請者  
(保護者)

〒 874 - 8511
住所 別府市上野口町1番15号
電話 0977 - 21 - 1111
氏名 別府花子 印 子どもとの続柄 ( 母 )

下記の子どもに係る子ども医療費受給資格者証を返納します。

## 記

受給者番号	1234567
子ども	フリガナ ベップイズミ
	氏名 別府 泉
	性別 男
	生年月日 平成 21 年 10 月 1日
	住所 別府市上野口町1番15号
返納の理由	該当する番号に○をして下さい。 1 有効期間の終了 ② 転出 (転出先 大分市 ) 3 死亡 4 その他 ( )
備考	