

さいきっ子医療費受給資格者証返納届

年 月 日

佐伯市長 様

申請者 (保護者)	住所	〒 - (電話番号: - -)
	氏名	(続柄:子の)

次のとおりさいきっ子医療費受給資格者証を返納します。

受給者番号					
子ども	ふりがな			男・女	生年月日
	氏名				年 月 日
	変更後の住所				
返納の理由		該当する番号に○をしてください。 1 転出 (転入日 年 月 日) 2 死亡 (死亡日 年 月 日) 3 生活保護開始 (開始日 年 月 日) 4 その他 ()			
備考					

受給資格者証 回収
 未回収 【有効期限変更 返送依頼 処分依頼】