

松戸市子ども医療費助成受給券返納届

( 返 納 届 )

受 付 印

(あて先) 松 戸 市 長

**【郵送可能】**  
 ※児童給付担当室宛てに、  
 添付書類と併せて提出。

申請年月日	令和 年 月 日	
申請者 (保護者)	住 所	松戸市
	氏 名	(フリガナ)
	電 話	— — (日中の連絡先)

下記の子どもに係る子ども医療費助成受給券を返納します。

フリガナ			
子ども氏名			
生年月日 ※和暦に☑	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
返納理由 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 助成期間終了( )		※左記返却理由の生じた日の翌日からは、受給券は使用できません。なお、生活保護においては、生活保護開始日から使用できません。
	<input type="checkbox"/> 転出 ( 転出先住所 )		
	<input type="checkbox"/> 死亡		
	<input type="checkbox"/> 生活保護開始(令和 年 月 日から) ※生活保護証明書を添付		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
添付書類 (必須)	子どもの受給券		