

**郵 送 用**

第10号様式(第8条関係)

受付者	入力者	確認者

**こども医療費受給資格証返還届**

令和 **2** 年 **8** 月 **1** 日

(宛先) 上 尾 市 長

《保護者》

住 所 上尾市 **本町三丁目1番1号**  
**マンション上尾101**

受給資格証の「受給資格者」を記入  
してください。

氏 名 **上尾 太郎**

電 話 **048-775-5111**

次の理由により、こども医療費受給資格証返還の届出をします

【返還理由】

(○で囲んでください)

転出

死亡

保護者の変更

ひとり親家庭等医療への変更

重度心身障害者医療への変更

生活保護開始

その他

( )

【事由発生日】

R **2** 年 **8** 月 **2** 日

【資格証添付欄】

資格を喪失される方全員分の資格証を重ねないように  
ホチキス留めもしくは貼り付けてください。  
※欄が不足する場合は裏面をご利用ください。

こども医療費  
受給資格証

こども医療費  
受給資格証