

養育医療券返還届出書

年 月 日

(宛先) さいたま市保健所長

届出者 住所
氏名
電話番号

交付を受けた養育医療券の返還を行いたいので、次のとおり届け出ます。

受給者番号 (必ず記入)		本人 氏名	
本人との関係 (該当数字に○)	1. 保護者 2. その他 ()		
届出の理由及び事実発生日	届出の理由 (該当数字に○)		事実発生日
	1. さいたま市外に転出		年 月 日
	2. 死亡		年 月 日
	3. その他 (以下に記入してください。) 理由：-----		年 月 日

(添付書類)

- ・さいたま市が交付した養育医療券