**高校生等医療費助成期間終了届**

年　　月　　日

（宛先）山武市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(保護者) | 住　　所 | 〒　　　　― |
| 電話番号 | 　　　　　　　―　　　　　― |
| 氏　　名 | 　(高校生等との続柄　　　　) |

　下記の高校生等に係る医療費助成制度の助成期間終了届を提出いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高校生等 | フリガナ | 　 |
| 氏　名 | 　 |
| 住　所 | 〒　　‐　山武市 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 返納の理由 | 該当する項目に○をしてください。1　転出(転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)2　死亡3　その他(　　　 |
| 備　　考 | 　 |
| 処 理 欄 |  |