

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届出書

下記のとおり、小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。

佐賀県知事様			年 月 日	
申請者 (保護者)	フリガナ		受診者との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒 -	電話番号	

記

受診者	フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳	生 年 月 日	
	氏 名						年 月 日	
	住 所 (保護者と同一の場合は同上で可)	〒 -					電 話 (保護者と同一の場合は同上で可)	

受給者番号	
-------	--

返還理由	下記に期日を記入し、該当する番号に○をつけてください。
	(年 月 日 から)
	1 県外転出
	2 治癒・軽快
	3 死亡
	4 他法適用
5 その他 ()	

添付書類

- 小児慢性特定疾病医療受給者証紛失した場合は、以下にその理由を記入してください。

(保健福祉事務所受理日)

※ お預かりした個人情報は厳重に管理し、小児慢性特定疾病医療受給者証の返還届出のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。