様式第９号 　 保健所受付印

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 返還の理由 | １．治癒　 ２．死亡 　３．中止 　４．県外転出　 ５．その他 | | | | | | | | |
| 事実発生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 備　　　考 |  | | | | | | | | |
| 上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。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　届出者　住所  　　　　　　　　氏名  　　　　　　　　電話番号　　　　　　　（　　　　）    　　　　島根県知事　　様 | | | | | | | | | |

　※　受給者証を添付してください。