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。