



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									
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>島根県知事 様</p>									

※ 受給者証を添付してください。