小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

受診者	ふりがな		受給者番号	
	氏　　名			
返還事由	□　治癒・軽快 □　死亡 □　県外転出（都道府県名：　　） □　市外転出（市 町 村 名：　　） □　その他（　　）			
事由発生日	令和　　年　　月　　日			

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費助成制度の対象外となり、又は、必要がなくなったので、小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

申請者住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話（　　－　　－　　）（※日中連絡が取れる番号）

フリガナ

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　（受診者との続柄：　　）

（記名押印又は自署による署名のいずれかとすること）

広　島　市　長　　様