# 小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

<table>
<tr><td rowspan="2">受診者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">受給者番号</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>返還事由</td><td colspan="10">☐　治癒・軽快<br>☐　死亡<br>☐　県外転出（都道府県名：　　）<br>☐　市外転出（市 町 村 名：　　）<br>☐　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>事由発生日</td><td colspan="10">令和　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

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。

なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。

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：　　）

広　島　市　長　　様