小児慢性特定疾病医療受給者証返還届出書

令和　　年　　月　　日

　山 口 県 知 事 　様

 　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　住所　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL( ) －

 氏名

 患者との続柄(　　　　)

　このことについて、下記の理由により返還します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 返還の理由（あてはまるもの全てに○印をつけてください） |
| １　県外転出※　２　治ゆ　　３　死亡　４　有効期間の満了　５　その他（　　　　　）　※　県外転出の場合は、以下の欄に転出先を記載してください。 |
| ※転出先 |  |
| 返還の理由が生じた日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 保健所受付日日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 備考 |  |

　　※　受給者証を添付し、申請窓口までご提出をお願いします。