小児慢性特定疾病医療費受給権消滅届

柏 市 長 あて

届出者	住 所	郵便番号(-) 電話番号()	
	ふりがな		
	氏 名		
	受給者との続柄		

小児慢性特定疾病医療の受給権が消滅したので、関係書類を添えて下記のとおり届け出ます。

記

				μЦ					
	ふりがな								
受給	氏	名			男・	生年月日	年	月	日生
者	受給	者番号			女				
消滅年月日			年	月	日				
消滅事由									
		1	柏市に住所がなくなった。						
		2	2 治ゆした。						
		3 死亡した。							
			4	その他(理由)