

小兒慢性特定疾病医療費受給権消滅届

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	

受給者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日生
	氏 名				
	受給者番号				
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 治ゆした。 3 死亡した。 4 その他（理由 ）			