

別紙様式第9号

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届出書

年 月 日

(宛先) 下関市長

(申請者) 住所 〒

TEL () —

氏名

(患者との続柄)

下記の理由により、医療受給者証を返還します。

記

患者氏名		公費負担番号	
生年月日		受給者番号	
受診者住所			
返還の理由 (該当するものに○を。)	1 治療の中止 2 治ゆ 3 死亡 4 市外転出 (転出先:) 5 有効期間の満了 6 その他 ()		
返還の理由が生じた日	年 月 日		

*返還する医療受給者証を添付してください。

【市記入欄】

受付		受付年月日	年 月 日
備考			