

【別紙様式第7号】

小児慢性特定疾病医療受給者証 返還届							
受給者番号							
受診者	(ふりがな) 氏 名			生 年 月 日			
				年 月 日			
	居住地						
<返還の理由>							
返還事由の発生年月日				年 月 日			
<備 考>							
<p>私は、上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 <届出者></p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">居住地</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">受診者との続柄</p> <p style="text-align: center;">連絡先</p> <p>熊 本 県 知 事 様</p>							

- 1 小児慢性特定疾病受給者証を添えて提出してください。
- 2 熊本市及び県外へ転出される場合で、引き続き小児慢性特定疾病医療費支給を希望される場合は、転出先の自治体へ申請手続きが必要です。申請書類及び手続き等は、転出先の自治体へお問い合わせください。