

様式第 14 号 (第 6 条第 1 項関係)

水戸市小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

年 月 日

水戸市保健所長 様

〒 ー  
届出者 住 所  
氏 名

(自署もしくは記名押印)

(受診者との続柄)

TEL

下記の事由により小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。

記

公 費 負担者 番 号									受給者 番 号													
受 給 者 氏 名								生年月日	年 月 日													
返還の理由 (該当するものに○をつけてください)																						
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%;">1 治癒・軽快</td> <td style="width:50%;">2 死亡</td> </tr> <tr> <td>3 他法適用</td> <td>4 県外転出</td> </tr> <tr> <td>5 その他 (</td> <td>)</td> </tr> </table>																	1 治癒・軽快	2 死亡	3 他法適用	4 県外転出	5 その他 (	)
1 治癒・軽快	2 死亡																					
3 他法適用	4 県外転出																					
5 その他 (	)																					
返還理由発生年月日								年 月 日														

※ 交付されている受給者証もあわせてご提出ください。