

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

水戸市長 様

届出者 住 所
氏 名
(受診者との続柄)
T E L

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)																	
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。