

別紙様式第8号

小児慢性特定疾病医療費終了報告書／小児慢性特定疾病登録者証終了報告書

※該当する申請に○を記入すること。

栃木県知事 様

以下のとおり、終了となりましたので報告いたします。

報告者 ふりがな 氏名 _____
 受給者との続柄 _____
 電話番号 _____
 住所 _____

年 月 日

受給者氏名 要支援者氏名			受給者番号							
終了理由 (該当理由に☑を 記入。)	<input type="checkbox"/> 県外転出	転出日 年 月 日								
	転出先									
	※宇都宮市又は県外へ転出される場合は、転出先の都道府県等で改めて小児慢性特定疾病医療費受給者証又は登録者証の交付申請手続きをしてください。									
	<input type="checkbox"/> 病名変更									
	<input type="checkbox"/> 寛解									
	<input type="checkbox"/> 他制度利用	()								
	<input type="checkbox"/> 死亡	死亡日 年 月 日								
<input type="checkbox"/> その他	()									

報告の際、必要となる添付書類
<input type="checkbox"/> 既に交付されている小児慢性特定疾病医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 既に交付されている小児慢性特定疾病登録者証

受理印