

令和 年 月 日

盛岡市長 様

申請者 住 所 **新明町△番△号**

氏 名 **盛岡 太郎**

児童等との続柄 **父**

### 小児慢性特定疾病医療支給認定取消届

下記事由により、認定を取消しますので届出します。

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
対象児童等	住 所 (申請者と異なる場合のみ記入)						
	氏 名	<b>盛岡 花子</b>					
	生年月日	<b>RO</b> 年 <b>O</b> 月 <b>O</b> 日			性別	男 ・ 女	
医療機関	名 称	<b>△△△病院</b>					
	所在地	<b>盛岡市△△町△番△号</b>					
届出の理由	<b>治癒</b> ・ 転出 ・ 年齢到達 ・ その他 (					<b>届出の理由に○</b>	
取消年月日	<del>—年—月—日</del>					<b>取消年月日は未記入</b>	
摘 要							

備考1 「届出の理由」は該当するものに○を付けてください。

2 提出の際は、既に交付されている医療受給者証を添付してください。