

令和 年 月 日

盛岡市長 様

申請者 住 所

氏 名

児童等との続柄

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 | | | | | | | |
| 対 象 児 童 等 | 住 所 (申請者と異なる 場合のみ記入) | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 医 療 機 関 | 名 称 | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | |
| 届出の理由 | | 治癒 ・ 転出 ・ 年齢到達 ・ その他 () | | | | | |
| 取消年月日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 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。