

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届出書

下記のとおり、小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。

佐賀県知事様

年 月 日

保 護 者	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名	(記名押印または署名のいずれか)		
	住所	〒 -	電話番号	

記

受 診 者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	氏名						年 月 日	
	住所 (保護者と同一の場合は同上で可)	〒 -	電話 (保護者と同一の場合は同上で可)					

受給者番号

下記に期日を記入し、該当する番号に をつけてください。

(年 月 日から)

返還理由

- 1 県外転出
- 2 治癒・軽快
- 3 死亡
- 4 他法適用
- 5 その他 ()

添付書類

- ・ 小児慢性特定疾病医療受給者証紛失した場合は、以下にその理由を記入してください。

(保健福祉事務所受理日)

お預かりした個人情報は厳重に管理し、小児慢性特定疾病医療受給者証の返還届出のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。