

【別紙様式第8号】

小児慢性特定疾病医療受給者証 返還届			
受給者番号			
受診者	(ふりがな) 氏 名		生 年 月 日
			年 月 日
	居住地		
<返還の理由>			
返還事由の発生年月日		年 月 日	
<備 考>			
<p>私は、上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">&lt;支給認定保護者&gt;</p> <p style="margin-left: 150px;">〒</p> <p style="margin-left: 150px;">居住地</p> <p style="margin-left: 150px;">氏 名</p> <p style="margin-left: 150px;">続 柄</p> <p style="margin-left: 150px;">連絡先</p> <p>熊 本 県 知 事 様</p>			

1 小児慢性特定疾病受給者証を添えて提出してください。

2 熊本市及び県外へ転出される場合で、引き続き小児慢性特定疾病医療費支給を希望される場合は、転出先の自治体へ申請手続きが必要です。申請書類及び手続き等は、転出先の自治体へお問い合わせください。

【別紙様式第8号】

小児慢性特定疾病医療受給者証 返還届

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
-------	---	---	---	---	---	---	---

受診者	(ふりがな) 氏名		生年月日	
	くまもと はなこ 熊本 花子		令和2 年 1 月 1 日	
	居住地	八代市松江城町1丁目1番1号 南アパート1号		

<返還の理由>  
  
転出のため

返還事由の発生日	令和3 年 4 月 1 日
----------	---------------

<備考>

私は、上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証を返還します。

令和3 年 5 月 1 日

<支給認定保護者>

〒 862-0862

居住地 八代市松江城町1丁目1番1号 南アパート1号

氏名 熊本 太郎

続柄 父

押印不要

連絡先 096-333-1111

熊本県知事様

1 小児慢性特定疾病受給者証を添えて提出してください。

2 熊本市及び県外へ転出される場合で、引き続き小児慢性特定疾病医療費支給を希望される場合は、転出先の自治体へ申請手続きが必要です。申請書類及び手続き等は、転出先の自治体へお問い合わせください。