

第3号様式

小児慢性特定疾病医療受給者証返還届

年 月 日

(あて先) 長崎市長

届出者 住 所

氏 名 ⑩

受給者との続柄

(記名押印に代えて署名することができます。)

受給資格を喪失したので、長崎市小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱第 11 条の規定により次のとおり届け出ます。

受診者氏名	
住 所	
受 給 者 番 号	
受診者資格喪失年月日	年 月 日
事 由	1 市外転出 2 死 亡 3 そ の 他

注：この届を提出するときは、受給者証を添付してください。