

小児慢性特定疾病医療費給付・登録者証中止（終了）届

令和〇年〇月〇日

群馬県知事 あて

届出者 住所 〇〇県△△市□□町 1-1-1

氏名 群馬 次郎

（受診者／要支援者との続柄 父 ）

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の給付等を中止（終了）しましたので届け出します。

受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	小児慢性特定医療費医療受給者証に記載のある受給者番号を記入。
受診者／ 要支援者氏名	群馬 太郎							
中止（終了）の理由 （該当する番号に丸をつけてください）								
1 治ゆ・軽快 2 死亡 3 他法適用 4 県外転出 5 その他								
中止（終了）年月日	令和 〇年 〇月 〇日							

※不要となった受給者証等は、この届と一緒にお返してください。