別紙様式第６号

**小児慢性特定疾病医療費給付中止（終了）届**

　　　 　　　　年 月 日

　群馬県知事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受診者との続柄　　　　　　）

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者氏名 |  | | | | | | | |
| 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 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
|

　※不要となった受給者証は、この届と一緒にお返しください。