

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

令和〇年〇月〇日

群馬県知事 あて

届出者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1

氏名 群馬 次郎

（受診者との続柄 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は、この届と一緒にお願いします。