

福島市小児慢性特定疾病医療費支給認定資格喪失届

受診者氏名		受給者番号				

〈 資格喪失日 〉 年 月 日

〈 資格喪失事由 〉

1. 市外へ転出した
2. 対象疾病が治った、治療が終了した
3. 死亡した
4. その他(理由 _____)

上記の理由により福島市小児慢性特定疾病医療費の支給認定資格を喪失しましたので
受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

福島市長

申 請 者

氏 名 _____

住 所 受診者と異なる場合

受診者との続柄 _____

電 話 番 号 _____

福島市記入欄

受給者証添付(有 ・ 無)