

## 小児慢性特定疾病医療費終了報告書

栃木県知事 様

以下のとおり、終了となりましたので報告いたします。

報 告 者

受給者との続柄

電 話 番 号

住 所


年 月 日

受給者氏名		受給者番号								
終了理由 (該当理由に☑を記入。)	<input type="checkbox"/> 県外転出	転出日	年	月	日					
	転出先									
	※宇都宮市又は県外へ転出される場合は、転出先の都道府県等で改めて小児慢性特定疾病医療費受給者証の交付申請手続きをしてください。									
	<input type="checkbox"/> 病名変更									
	<input type="checkbox"/> 寛解									
	<input type="checkbox"/> 他制度利用	( )								
	<input type="checkbox"/> 死亡	死亡日	年	月	日					
	<input type="checkbox"/> その他	( )								

報告の際、必要となる添付書類
<input type="checkbox"/> 既に交付されている小児慢性特定疾病医療費受給者証

受理印