

年 月 日

小児慢性特定疾病医療中止届

青 森 市 長 様

申請者住所

申請者氏名

下記のとおり、中止しましたので届出します。

受給者番号	
フリガナ	
受診者氏名	
生年月日	年 月 日
住 所	〒 (電話番号)
中止年月日	年 月 日
中止の理由	☐ 治癒・軽快 ☐ 死亡 ☐ その他 () ☐ 転出 【転出先住所】 〒
備 考	

※受給者証（原本）を添付してください。