

年 月 日

（あて先） 八戸市長

住所

届出者 氏名

児童等との関係

電話番号

小児慢性特定疾病医療受給者資格喪失届出書

次の事由により、小児慢性特定疾病医療受給者の資格を喪失したので届出します。

受給者番号	
児童等氏名	
資格喪失事由	1. 市外転出 2. 治癒 3. 死亡 4. その他 ()
資格喪失年月日	年 月 日

※小児慢性特定疾病医療受給者証を添付してください。