

福島県小児慢性特定疾病医療費支給認定資格喪失届

受 診 者	ふりがな		年 月 日生
	氏 名		
	受 給 者 番 号		資格喪失年月日（和暦）
			年 月 日

〈資格喪失事由〉 ※いずれか該当する者に○をつける。

1. 県内の中核市、または県外への転出等により申請先を変更した。
2. 治癒した。
3. 死亡した。
4. その他（理由 _____）

上記の理由により福島県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届け出ます。

令和 年 月 日

福島県知事 様

申 請 者

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____