

様式第6号

小児慢性特定疾病医療受給者証返納届出書

年 月 日

豊田市保健所長 様

申請者 住 所

電話番号

氏 名

(受診者との続柄 )

次のとおり、受給者証を返納します。

受 診 者	受 給 者 番 号	
	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日生
返 納 理 由	1 死亡 2 県外転出 3 その他 ( )	
発 生 年 月 日	年 月 日	
備 考		

- (注) 1 受給者証を添付してください。  
2 受給者証の返納の事由が生じたときは、速やかに保健所に届け出てください。  
3 受給者証を紛失したときは、備考欄にその旨を記入してください。