様式第 18 号

小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）返還届

受診者/要支援者氏名		受給者番号							
返還の理由	１ 県外・富山市への転出　２ 治癒　３ 中止　４ 死亡 ５ その他								
事実発生 年 月 日	年　月　日								
備　考									

上記のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）を返還します。

年　月　日

届出者　住所

氏名

電話番号

富山県知事　殿

注・該当する返還の理由に〇をつけてください。
- ・備考には、転出先及びその他の理由を記入してください。
- ・転出先で小児慢性特定疾病医療費助成の申請をする場合、現在の受給者証が必要になる場合があります。先に転出先での手続きを確認の上、返還ください。
- ・受給者証（兼登録者証）を添付して提出してください。
- ・既に有効期間を過ぎた受給者証（兼登録者証）の返還については、この様式の添付は不要です。