

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	<input type="checkbox"/> 治癒・軽快 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 転出 【転出先住所】 〒
備 考	

※受給者証（原本）を添付してください。