別紙様式第１０号

小児慢性特定疾病医療給付中止（終了）届

年　　月　　日

（あて先）前橋市長

申請者　住所

氏名

（受給者との続柄）

次のとおり、小児慢性特定疾病医療の給付を中止（終了）したので届け出します。

受給者番号								
受給者氏名								
中止（終了）の理由　（該当するものに○をつけてください）								
１　治ゆ・軽快 ２　死亡 ３　他法適用 ４　市外へ転出（転出先　　） ５　その他								
中止（終了）年月日	年　　月　　日							

《お願い》理由４　市外転出以外は、不要となった受給者証は、この届と一緒にお返しください。市外に転出した場合は、転出先の窓口に本市の受給者証を見せてください。