

様式第12号

小児慢性特定疾病医療受給者証資格消滅届

年 月 日

(あて先) 仙台市長

申請者 住 所

氏 名

対象児童等との続柄 ()

仙台市小児慢性特定疾病医療費支給認定及び支給事務取扱要領第12条の規定により、下記のとおり申請します。

記

受給者番号						重症患者認定	有 ・ 無
疾 病 名							
受診者	住 所						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日生 (歳)					
受診医療機関		名 称					
		所 在 地					
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで		交付年月日		年 月 日	
消滅事由		転出 ・ 治癒 ・ 死亡 その他 ()		消滅年月日		年 月 日	
備 考							

(注) 医療受給者証を必ず添付してください。