

## 小児慢性特定疾病医療費医療受給転帰届

年 月 日

高 知 県 知 事 様

下記の理由により、小児慢性特定疾病医療支援の給付を終了しましたので、届け出ます。

記

届出者住所	
届出者氏名	
受診者との関係	1 本人      2 その他 (                      )

受給者番号								
受診者氏名								
転帰の理由	1 治癒・軽快 2 死          亡 3 県外等転出 (    都道府県へ転出) 4 そ の 他 (    )							
発生年月日								

(注)不要となった医療受給者証及び登録者証は、この届と一緒にお願いします。