

登録者証(小児慢性特定疾病) 返還届

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|--|----------|-------|--|
| 受給者番号 (医療費助成) | | | | | | | |
| 要 支 援 者 | フリガナ | | | | | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | | | 年 月 日 | |
| | 住所 | 熊本市 区 | | | 電話番号 | — — | |
| 申 請 者 | 氏名 | | | | 要支援者との続柄 | | |
| | 住所・電話番号は、要支援者本人と異なる場合に記入してください。 | | | | | | |
| | 住所 | 熊本市 区 | | | 電話番号 | — — | |
| 交付媒体 ※該当する方を○で囲んでください。 | | マイナンバー情報連携 ・ 書面(登録者証を添付してください) | | | | | |
| 返還理由 (転出、治癒、死亡等) | | | | | | | |
| 返還事由の発生日 | | 年 月 日 | | | | | |
| <備考> | | | | | | | |
| 私は、上記の理由により、登録者証(小児慢性特定疾病)を返還します。 | | | | | | | |
| 申請者氏名 _____ 年 月 日 熊本市長 様 | | | | | | | |

* 書面交付の場合は、「登録者証(小児慢性特定疾病)」を添付してください。

| |
|----------|
| (区役所受付印) |
|----------|