

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)		1	2	3	4	5	6	7	
要 支 援 者	フリガナ	クマモト			ハナコ		生年月日		
	氏名	熊本			花子		令和 ● 年 ● 月 ● 日		
	住所	熊本市 中央 区 手取本町1番1号					電話番号	090 — ●●●● — ××××	
申 請 者	氏名	熊本			太郎		要支援者との続柄		父
	居住地・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。		<input checked="" type="radio"/> マイナンバー情報連携 <input type="radio"/> 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)		転出							
返還事由の発生日		令和 ● 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 熊本 太郎 <hr/> 令和 ● 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)
