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

電話番号 — —

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								生年月日	年 月 日 (生 歳)
対象児童等	住 所 (申請者と異なる場合記入)	〒 — 仙台市 区							
	氏 名								
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			消滅年月日		年 月 日		
備 考		その他 ()							

(注) 医療受給者証を必ず添付してください。