

## 小児慢性特定疾病医療受給転帰届

受診者	受給者番号									
	フリガナ									
	氏名									
転帰の理由	<p>※該当事項に○を付けてください。</p> <p>1 治癒・軽快</p> <p>2 死 亡</p> <p>3 市外等転出 転出先 {</p> <p>4 そ の 他 理由 {</p>									
<p>上記の理由により、小児慢性特定疾病医療の給付を終了しましたので、届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 奈良市長</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">続柄 本人 ・ 父 ・ 母 ・ ( ) _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>										

※不要となった医療受給者証は、この届と一緒にお願いします。