

(様式第11号)

## 小児慢性特定疾病医療費終了報告書

令和 年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

住 所 宇都宮市

報告者 氏 名

受給者との続柄 ( )

下記のとおり終了になりましたので報告します。

受給者番号									
フリガナ									
受給者名									
疾病名									
転 帰	1 治 癒      2 中 止      3 市外転出 4 死 亡      5 他制度(制度名 ) 6 年齢満了      7 その他 ( )								
終了年月日									

※ 提出の際には、小児慢性特定疾病医療受給者証を添付してください。

※ 市外に転出される場合は、転出先で改めて手続きをしてください。

なお、制度の内容が異なる場合がありますので、転出先の都道府県等にお問い合わせください。