様式第10号

# 小児慢性特定疾病医療費医療受給転帰届

年　　月　　日

高 知 県 知 事　　様

下記の理由により、小児慢性特定疾病医療支援の給付を終了しましたので、届け出ます。

記

| | |
|---|---|
| 届 出 者 住 所 | |
| 届 出 者 氏 名 | |
| 受診者との関係 | 1　本人　　2　その他（　　） |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | | |
| 受 診 者 氏 名 | | | | | | | | |
| 転 帰 の 理 由 | 1　治癒・軽快<br>2　死　　亡<br>3　県外等転出（　　都道府県へ転出）<br>4　そ の 他（　　） | | | | | | | |
| 発 生 年 月 日 | | | | | | | | |

(注)不要となった医療受給者証及び登録者証は、この届と一緒にお返しください。