

小児慢性特定疾病医療受給者証返納届						
年 月 日						
(宛先) 松本市長						
(〒 _____)						
保護者 住 所						
氏 名						
受診者との続柄						
電話番号						
下記のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証を返納します。						
記						
(対象患者) 受診者	受給者番号					
	フリガナ				生年月日	
	氏 名				年 月 日	
返納の理由 (該当するものに○印 をしてください)	1 治癒 2 軽快退院 3 死亡 4 県外転出 5 その他 ()					
返納理由発生年月日	年 月 日					
備考						松本市収受印欄

※交付されている医療受給者証も併せて提出してください。