

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証資格喪失届		
受 診 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	受給者番号	
	住 所	(〒 - ) (電話 )
資格喪失の事由	転出・治癒・治療研究事業の中止・死亡・その他	
資格喪失の年月日	年 月 日	
<p>上記について資格の喪失を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p> <p>鳥取市長 様</p>		

注) 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証を添付してください。