別紙様式第６号

 **小児慢性特定疾病医療費給付中止（終了）届**

 　　　 　　　　年 月 日

　群馬県知事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受診者との続柄　　　　　　）

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の給付を中止（終了）しましたので届け出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  受診者氏名 |  |
| 中止（終了）の理由 （該当する番号に丸をつけてください） |
| 　１　治ゆ・軽快　　　　　　　　　　　　２　死亡　３　他法適用 　 　　　　 　４　県外転出　５　その他 |
|  中止（終了）年月日 |  　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
|

　※不要となった受給者証は、この届と一緒にお返しください。