

(様式第11号)

小児慢性特定疾患治療研究終了報告書

平成 年 月 日

宇都宮市長宛

住 所 宇都宮市

報告者 氏 名

印

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									
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、医療受診券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。