様式第８号

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	ﾌﾘｶﾞﾅ 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		県外転出・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

上記について資格の喪失を届け出ます。

年　　月　　日

氏　　名　　印

鳥取県　　事務所長　　様

※ 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。
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。