

＜様式第 4 号＞

小児慢性特定疾病医療受給者証資格喪失届

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者)

住所

氏 名

受診者との続柄

電話 () —

資格喪失を次のとおり届け出ます。

[illegible]

(注意事項)

この届は、保護者（受診者が成年患者の場合は受診者）の住所地を所轄する保健所・支所に提出してください。