

第4号様式

登 録 消 滅 届										
受診者	ふりがな									
	氏 名									
	登録者番号									
		消滅年月日				年	月	日		
<p>(消滅事由)</p> <p>1. 船橋市に住所がなくなった。</p> <p>2. 治癒、軽快した。</p> <p>3. 死亡した。</p> <p>4. 他法令の規定により国、若しくは地方公共団体の負担による医療給付が行われることになった。</p> <p>5. その他 (理由 )</p> <p style="text-align: center;">上記理由により、船橋市小児指定疾病医療費助成の資格を消滅しましたので届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>船 橋 市 長           あて</p> <p style="text-align: center;">申 請 者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>										

記入方法

- 登録者番号   ・・・登録証に記入されている登録者番号を記入してください。  
 消滅事由     ・・・該当する番号に○をしてください。