

## 重症患者認定取下申請書

年 月 日

千葉県知事

様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

患者との続柄 ( )

下記のとおり小児慢性特定疾病重症認定の取下の申請をいたします。

### 記

1. 受 給 者 番 号 \_\_\_\_\_

2. 受診者（患者）氏名 \_\_\_\_\_

3. 重症認定時の  
提出書類

- ・医療意見書 身体障害者手帳の写し（1級・2級）
- ・その他

※ いずれかに「○」をつけて下さい。