（様式７）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和3年4月1日改正）

**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　　　　・医療意見書　　身体障害者手帳の写し（１級・２級）

提出書類　　　　　　・その他

* いずれかに「○」をつけて下さい。