様式第８号

年　　　　　月　　　　　日

看護人等派遣費用受給者認定取消届

宮城県知事又は○○保健所長　殿

届出者

住所

氏名

私は、次のとおり、指定難病等に係る看護人等派遣費用交付規則第５条の規定による取消し事由に該当することになったので、届け出ます。

理　由（該当する番号に○をつけてください。）

　１　入院期間が三月を超えるとき

　２　人工呼吸器の装着を中止し、又は中断したとき

　３　県内の市町村の住民基本台帳から消除されたとき