

小児慢性特定疾病医療費受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名			(歳)		
	フリガナ					
	住 所	(郵便番号)				
		(電話番号)				
申請者(受 診者本人と 異なる場合 に記入)	フリガナ		受 診 者 との続柄			
	氏 名					
	フリガナ					
住 所	(郵便番号)					
		(電話番号)				
受 給 者 番 号						
再交付を申請する理由						
<p>小児慢性特定疾病医療費受給者証の再交付を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の23第1項の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p>						

備考 小児慢性特定疾病医療費受給者証を破損し、又は汚損した場合は、当該小児慢性特定疾病医療費受給者証を添付すること。