

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		性別	男・女	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名					
	個人番号					
	フリガナ					
	住 所	(郵便番号 )				
		(電話番号 )				
受 診 者 の 保 護 者	フリガナ				受 診 者 との続柄	
	氏 名					
	個人番号					
	フリガナ					
	住 所 (受診者と 同じ場合は 記入不要)	(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（受診者の保護者）</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">（記名押印又は署名）</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。