様式第９号

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

このことについて，次の理由により医療受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　－ |
| 病名 |  |
| 再交付の理由 | □　紛失　　　　□　破損　　　　□　汚損　　　　□　盗難　□　その他［　　　　　　　　　　　　］ |
| 備考 |  |