

小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）再交付申請書

受診者	フリガナ		年齢	歳	生	年	月	日
	氏名				年	月	日	
	個人番号							
	フリガナ							
	住所							
医療費支給認定保護者	フリガナ				受診者との続柄			
	氏名							
	個人番号							
	フリガナ				電話番号			
	住所 <small>(受診者と異なる場合に記入)</small>							
受給者番号								
申請の理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他 具体的な状況 ()							
<p>上記のとおり、児童福祉法施行規則第7条の23第1項の規定により小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けたいので、同条第2項の規定により、申請書を提出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>(宛先) 高松市長</p>								