

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 (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（成年患者の場合は本人））</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">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。