

小児慢性特定疾病 医療受給者証等再交付申請書

受給者番号										
受診者	フリガナ					性別	生 年 月 日			
	氏 名					男・女	平成 令和			
	電話番号									
	住 所	〒								
保護者 <small>(受診者が 18歳未満の 場合は記入し てください)</small>	フリガナ					受診者との続柄				
	氏 名									
	電話番号									
	住 所	〒								
再交付を申請するもの (○を付けてください)				小児慢性特定疾病医療受給者証						
				自己負担上限額管理票						
再交付申請の理由		<p style="text-align: center;">※該当事項に○を付けてください。</p> <p style="text-align: center;">1 紛失</p> <p style="text-align: center;">2 汚損</p> <p style="text-align: center;">3 破損</p> <p style="text-align: center;">4 その他 { 4は理由を記入してください }</p>								
<p>上記のとおり、児童福祉法施行規則の一部を改正する省令による改正後の児童福祉法施行規則第7条の23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申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">奈良県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>										

※汚損、破損の場合は受給者証を添付してください。

保健所使用欄
受付印