

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

相模原市長 あて

申請者 住 所

保護者氏名

受給者との続柄

電話番号

次の理由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。

受給者	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日生	受 給 者 号 番 号	
申請理由 (該当するもの をすること。)		1. き 損 ・ 汚 損 2. 紛 失 3. その他 ()		

- ・ き損又は汚損の場合は、当該小児慢性特定疾病医療受給者証を添えなければならない。
- ・ 医療受給者証の再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかにこれを返還しなければならない。