

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

| | | | | |
|---|------|-----------------------------|------------|----|
| 受診者 | ふりがな | | 年 月 日生(歳) | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| 保護者 (※1) | ふりがな | | 年 月 日生 | 続柄 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 - (電話: - -) | | |
| 受給者番号 | | | 年 月 日 交付 | |
| 申請理由 | | 1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 | | |
| | | (紛失の場合、事情を詳細に記入) | | |
| <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者(保護者)氏名 _____ (※2)</p> <p style="text-align: center;">※1 18歳以上の受診者は記載不要。 ※2 自筆による署名とし、18歳以上の受診者は本人名を記入すること。</p> <p>(宛先) 東大阪市長</p> | | | | |

<再交付申請書の申請上の注意>
 破損、汚損の場合、医療受給者証を提出してください。