

(別紙様式第6号)

太枠内をご記入ください。

受診者が18歳以上（成年患者）の場合、申請者は受診者本人となります。受診者本人による申請が難しく、ご家族等が申請者となる場合、委任欄をご記入ください。

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書				
受給者番号				
受診者 (対象患者)	フリガナ		生年月日	現在年齢
	氏名		年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)			
	住所	〒 -		
申請者※	フリガナ		受診者との 続柄	
	氏名		電話番号	
	個人番号 (マイナンバー)			
再交付の理由 (該当するものに☑を してください。)	<input type="checkbox"/>	破損		
	<input type="checkbox"/>	汚損		
	<input type="checkbox"/>	紛失		
	<input type="checkbox"/>	その他 ()		
備考				
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。 年 月 日 申請者氏名 保健所長 殿				

※受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。

注) 破損・汚損の場合は、交付されている医療受給者証もあわせてご提出ください。

(委任欄) 受診者本人(18歳以上の成人患者に限る)による申請が難しい場合、ご記入ください。

保健所長 殿	保健所收受印欄
受任者 氏名 _____ 年 月 日生	
住所 _____ 委任者との続柄 _____	
私は、本申請の権限を上記の者に委任します。	
委任者(受診者) 氏名 _____	