様式第９号

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

　西宮市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ﾌﾘｶﾞﾅ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診者との続柄（　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　下記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | ５ | ２ | ２ | ８ |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ受診者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  |
| 受診者住所 | 〒 |
| 申請理由 | １．紛失　２．破損　３．汚損　４．盗難　５．その他 |
|  |
| 備　考 |

(注意)　破いたり又は汚したときは、その受給者証を添付してください。