

様式第11号(第9条関係)

記入例

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請									
受 診 者	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	ふりがな 氏名	おおつ たろう 大津 太郎						生年月日	
	個人番号	1234 5678 9012						令和〇年 〇月 〇日 (〇歳)	
	住所	〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号						連絡先 (電話) 077-000-0000	
申請者	ふりがな 氏名	おおつ いちろう 大津 一朗						受診者との続柄 父	
	個人番号	1234 5678 9013							
	住所	〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号							
再交付が必要な理由	1 紛失 2 汚れ 3 破れ 4 その他()								
備考	該当するものに○を お願いします。								
<p>私は、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>令和〇年 〇月 〇日</p> <p>住 所 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号</p> <p>申請者 氏 名 大津 一朗 (受診者との続柄 父)</p> <p>(宛先) 大津市長</p>									