

様式第11号(第9条関係)

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書						
受 診 者	受給者番号					
	ふりがな 氏名				性別	生年月日
						年 月 日
住所	〒			連絡先 (電話)		
保護者(申請者)	ふりがな 氏名				受診者との続柄	
	住所	〒				
再交付が必要な理由	1 紛失      2 汚れ      3 破れ      4 その他(      )					
備考						
<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>年 月 日</p> <p>住所 申請者 氏名</p> <p>(受診者との続柄      )</p> <p>(宛先) 大津市長</p>						