

小児慢性特定疾病医療受給者証

記入例

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							性別	生年月日	
		大津 太郎							男	令和 ○年 ○月 ○日	
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		
保護者(申請者)	ふりがな氏名	おおつ いちろう							受診者との続柄		
	大津 一郎							父			
	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	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>該当するものに○をお願いします。</p> </div>										
<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 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号</p> <p>申請者</p> <p>氏名 大津 一郎 (受診者との続柄 父)</p> <p>(宛先) 大津市長</p>											