

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書

年 月 日

高 知 市 長 様

申請者 住 所

氏 名 印
(受給者との続柄：)

次の理由により，小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の再交付を申請します。

受給者番号										
受給者氏名										
生年月日	年 月 日生							性別	男 ・ 女	
住 所										
病 名										
受診医療機関										
再交付の理由	1 破損又は汚損したため 2 紛失したため									

※ 1の理由による場合は，受給者証を添付してください。