

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

福 山 市 長 様

住 所

申請者名前
受診者との続柄（ ）

小児慢性特定疾病医療受給者証について、次のとおり再交付を申請します。

受給者番号							
ふりがな						生年月日	
受診者名前						年 月 日	
住所	〒 ー 福山市 (電話番号)						
再交付の理由	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 盗難 ☐ その他()						
備考	(自己負担上限額管理票の再交付 ☐ 要 ☐ 不要)						

(※) 再交付の理由が「破損」又は「汚損」の場合は、その受給者証を添付してください。