

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

申請者 居住地  
氏 名

児童福祉法施行規則第 7 条の 23 第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

受 給 者 番 号														
受 診 者	( フ リ ガ ナ ) 氏 名													
	居 住 地	〒												
	生 年 月 日	年 月 日				性 別		男 ・ 女						
	電 話 番 号													
	個 人 番 号													
保 護 者	( フ リ ガ ナ ) 氏 名					受診者との続柄								
	居 住 地	〒												
	電 話 番 号													
	個 人 番 号													
再交付を申請する理由 (該当するものに○印 を付けてください。)		破損 ・ 汚損 ・ 亡失 ・ 滅失												

備考 「保護者」の欄は、受診者が満 18 歳未満の場合に記入してください。