

第7号様式（第9条関係）（用紙 日本産業規格A4縦長型）

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

印

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)								受診者との続柄			
	氏 名											
	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 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。