

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

対象 児童	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日生(歳)
住 所	〒		-	
	電話番号	- -		
申請 者	フリガナ			対象児童との続柄
	氏 名			
住 所	1 対象児童の住所電話番号と同じ場合には左の番号に○をつけ、異なる場合は下の欄に記入して下さい。			
	〒		-	
申請理由	電話番号	- -		
	1. 破損した 2.汚した 3.紛失した			
(理由)				

上記の理由により、児童福祉法施行規則第七条の二十三の規定に基づき受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

八王子市長 殿

申請者氏名 _____

公費負担者番号		-	
受給者番号		-	

收受印欄	
------	--