

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 姫路市長

(申請者) 住所 〒

氏名

対象者との続柄

電話番号

電子メールアドレス

(※受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となります。)

下記の理由により、受診券の再交付を申請します。

記

公費負担者番号	受給者番号	医療受診券の有効期間			
		・ ・ ~ ・ ・			
(フリガナ) 受給者氏名		年 月 日生			
疾病名					
申請理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 盗難 5 その他				
備考					
(注意) 受診券を破損又は汚損したときは、その受診券をこの申請書に添付してください。					