

# 小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

(届出者) ※受給者証に記載されている保護者または成年患者

住 所

氏 名

受診者との続柄

電話番号 ( ) -

受給者番号												
受診者	ふりがな							生年月日	平成	年	月	日
	氏名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ							令和			
	住所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 〒						電話番号	( )	-		
再交付を受ける理由		破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失										
備考欄												

※ 破損、汚損の場合は、必ず医療受給者証を添付してください。

受付印		

保健所記入欄		
<input type="checkbox"/> かるて入力	<input type="checkbox"/> 受給者証交付	<input type="checkbox"/> 郵送