小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

様式第１０号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　香　川　県　知　事　殿

　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　 住　　　　　所

（受診者の保護者　又は　成年患者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふ　り　が　な

氏　 　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受診者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　番　号　（　　　　　　）　　　－

私は、次の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | ふりがな |  | 生年月日 | 　年　　 月　　日生 （　　　　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住　所 | 〒　　　　 |
| 申請の理由 | □紛失した□破いた□汚した □その他 (理由を具体的に書いてください。) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備考 |  | 保健所記入欄 |
| 保健所受付印 |  |
|  |

（注）

１　□については、該当するものに「***レ***」を記入してください。

２　申請者（受診者の保護者）の氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

３　医療受給者証を破（汚）損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。

４　医療受給者証の再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。