

様式第9号



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

西宮市保健所長 様

申請者 住所
フリガナ
氏名
受診者(児童)との続柄 ()
電話

下記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。

記

公費負担者番号	5	2	2	8			受給者番号							
フリガナ						男 ・ 女	年 月 日							
受診者 (児童) 氏名														
受診者 (児童) 住所	〒													
申請理由	1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. 盗難 5. その他													
備考														

(注意) 破いたり又は汚したときは、その受給者証を添付してください。