

年 月 日

小児慢性特定疾病児童等療養生活支援事業 再交付申請書

(宛先) 西宮市長

(申請者)

住所

氏名

(対象者との続柄)

電話番号

(必ず連絡が取れる電話番号を記載)

利用決定通知書兼利用証を (破損 ・ 紛失) したので再交付を申請します。

対 象 者	氏 名		生年月日	年 月 日(歳)
	住 所			
	小児慢性特定疾病 医療受給者証受給者番号			