（様式第6号）

# 小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

（あて先）八　尾　市　長

児童福祉法施行規則第７条の23第２項の規定により、下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 受診者 | 氏　名 | （フリガナ） | | |
| | 住　所 | 〒　　－ | | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | 受給者番号 | ※わかる場合はご記入ください。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請者（保護者） | 氏　名 | （フリガナ） | 受診者との続柄 | |
| | 住　所 | □受診者と同じ | | |
| | 連　絡　先 | （自　宅） | （携　帯） | |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| 再交付理由 | 【該当する理由に☑してください】<br>□紛失　　□破損　　□汚損<br>□その他（　　）<br>※破損または汚損の場合は、医療受給者証を添付してください。 |

| | | |
|---|---|---|
| 保健所使用欄 | 受付者 | 受付印 |
| | | |