

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

八尾市長様

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。

申請者 (保護者)	氏名	印		受診者 との続柄
	※ 氏名を本人が自署した時は、押印を省略することができます。			
	住所			
	個人番号			
連絡先	(自宅)	(携帯)		

受診者	氏名			性別
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者(保護者)と同じ		
	生年月日	年 月 日	受給者 番号	※分かる場合にご記入ください。
	個人番号			

再交付理由	【該当する理由に☑を記入してください】		
	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 汚損
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	※ 汚損または破損の場合は、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