

第1号様式の11(第2条の8関係)

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

(あて先)長崎市長

令和 年 月 日

児童福祉法施行規則第7条の23第1項の規定により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付について、次のとおり申請します。

フリガナ		性別	男・女
受診者氏名		生年月日	年 月 日
居住地	電話番号		
フリガナ		続柄	
申請者氏名			
※居住地	※電話番号		
申請の理由	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他 〔具体的な状況〕		

備考

- ※印の欄は、受診者と異なる場合に記入してください。
- 紛失の場合を除き、従前使用していた医療受給者証を添付してください。