

小児慢性特定疾病医療受給者証／小児慢性特定疾病登録者証再交付申請書

令和 年 月 日

山口県知事 様

申請者

住所 〒

TEL() -

氏名

患者との続柄()

このことについて、下記の理由により再交付を申請します。

記

ふりがな 患者氏名		受給者番号							
住所	〒								
再交付の理由（該当するものに○印をつけてください）									
1 紛失 2 破損※ 3 汚損※ 4 盗難 5 その他（ ）									
備考									

※ 添付書類

・破損や汚損の場合は、受給者証・登録者証を添付してください。