小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

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 | 〒 | | | | | | | | |
| 医療機関 |  | | | | | | | | |
| 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、受給者証を添付してください。