

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

岡山県知事 殿

(申請者)

住所

氏名

受給者との続柄

電話 ( ) -

小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者 番号							
受 診 者	ふりがな 氏名				生年 月日	平成 令和	年 月 日
	住所	〒			Tel ( ) -		
再交付を受ける 理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失						
備 考 欄							

(注意事項)

この申請は、保護者（受診者が成年患者の場合は受診者）の住所地を所轄する保健所・支所に提出してください。