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 | | 〒  ℡（　　　　　） － | | | | | | | | | | |
| 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。