様式第１号の12（第２条の11関係）

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）金沢市長

申請者氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾病医療受給者証を | 紛　失 | したので再交付を申請します。 |
| 破　損 |

|  |  |
| --- | --- |
| 小児慢性特定疾病医療受給者番号 |  |
| 受診者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 氏　名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住　所 |  |
| 保護者 | 氏　名 |  | 受診者との続　柄 |  |
| 個人番号 |  | 電話番号 |  |
| 住　所（受診者と異なる場合に記入してください。） |  |

備考　交付を受けている小児慢性特定疾病医療受給者証（紛失した場合を除きます。）を添付してください。



R4.4