

## 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 したため再交付を申請します。

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（紛失した場合は除きます。）を添付してください。

確 認	番号	個人 通知 住民 端末 ( )	代理	法定 戸籍 本人 委任	備 考
	本人	個人 免許 手帳 在留 旅券 住基B 保険 介護 年金 その他 ( )			